N°2 FEVRIER 2008

SOCIETE ODONTOLOGIQUE DE PARIS




SOP Le journal de la SOP

LA FORMATION CONTINUE DE L'OMNIPRATICIEN



22 avril - 4 mai



Prenez la route des Indes avec la SOP!



Formation SOP - 20 mars 2008
Avez-vous la bonne méthode pour vaincre le stress ?




Formation SOP - 22 mai 2008
Passez de la théorie aux travaux pratiques!

Adhérez à la SOP en 2008
et recevez une brosse à dents électrique !



Recevez en cadeau une brosse à dents électrique offerte par le laboratoire Oral B d'une valeur de 120 €*

Les adhérents pourront la retirer à l'occasion de la prochaine journée de formation (20 mars 2008).

** Offre valable jusqu'au 20 mars 2008*

Pour **88 €**,
devenez membre de la SOP
et bénéficiez de **6 offres** exclusives.

- **Une remise de 60 €** pour chaque journée de formation de la SOP*
- **Pack 3 formations** à **740 €** : économisez jusqu'à 220 € (voir programme p. 3)
- **Des promotions exclusives** de nos partenaires
- **L'abonnement** à la Revue d'odonto-stomatologie (trimestriel scientifique bilingue)
- **Le prêt gratuit** des cassettes vidéo de la SOP
- Un service d'**assistance téléphonique**

* Une remise est également appliquée aux formations de la Fédération des sociétés scientifiques odonto-stomatologiques de l'Île-de-France (FSSOSIF).

Bulletin d'adhésion 2008

À retourner dûment complété et accompagné de votre chèque libellé à l'ordre de la SOP à :
SOP – 6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris
Renseignements : 01 42 09 29 13 – Fax : 01 42 09 29 08

ou PAIEMENT EN LIGNE www.sop.asso.fr Société Odontologique de Paris LE KIOSQUE

Nom : .... • Prénom : ....
Adresse : ....
Ville : .... • Code Postal : ....
Tél. : .... • Adresse e-mail : ....

❑ Cotisation 2008 : 88 €
❑ Pack 3 journées 2008 : 740 € *(cochez 3 cases)* ❑ Mars ❑ Mai (TP) ❑ Juin ❑ Octobre
(non remboursable – possibilité de reporter une séance dans l'année)

SOMMAIRE



FORMATIONS SOP 2008

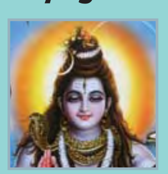
› Gérer le stress



20 mars 2008
de 9 h à 18 h

Bulletin d'inscription : p. 7

› Voyage-congrès Inde



22 avril 2008
4 mai 2008

Bulletin d'inscription : p. 11

› Travaux pratiques



22 mai 2008
de 9 h à 18 h

Bulletin d'inscription : p. 19

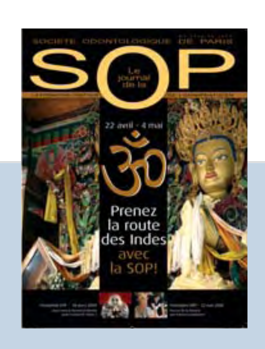
› Journée télévisée

12 juin 2008 de 9 h à 18 h

› Fêlures et fractures

16 octobre 2008
de 9 h à 18 h

LISTE DES ANNONCEURS



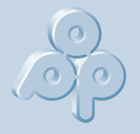
Société odontologique de Paris
6, rue Jean-Hugues
75116 Paris
Tél. : 01 42 09 29 13
Fax : 01 42 09 29 08
Tirage et diffusion :
40 000 exemplaires
Abonnement 1 an
(10 numéros) : 10 euros
Prix au numéro : 1,55 euro

Rédacteurs en chef :
Marc Roché, Meyer Fitoussi
Directeur de la publication :
Philippe Chalanset
Comité éditorial
Yvan Bismuth
Corinne Touboul
Dominique Martin
Philippe Safar
Bernard Schweitz
Conception, réalisation :
Texto Éditions
Maquette :
Carine Montaillier
Photos :
Fotolia : pp. 1, 3, 5, 7, 9, 10, 21
S. Nardot : pp. 3, 17, 18, 19
G. Mandel : pp. 2, 27, 28, 31, 34, 36, 38, 39
DR : pp. 5, 6, 8, 30-35, 40, 41

Internet :
www.sop.asso.fr
Secrétariat :
secrétariat@sop.asso.fr
Présidence :
président@sop.asso.fr
ISSN : 1285-3933

Régie publicitaire :
Philippe Chalanset
La Ngampis-Six
01 42 09 29 13
ngampis.six@sop.asso.fr

Impression : ACTIS



Philippe Safar



Sous-traitance

En l'espace d'une génération, c'est-à-dire en 25 ans à peine, nous avons assisté au déclin du pouvoir des professions médicales, au premier rang desquelles la nôtre. La question se pose de percer à jour le pourquoi du sens de l'histoire selon lequel, inéluctablement, se dégrade l'image du thérapeute non pas en tant qu'individu – toutes les enquêtes d'opinion le prouvent –, mais en tant que partie d'un groupe socioprofessionnel autrefois notablement représenté sur les bancs du pouvoir politique en France, et aujourd'hui en totale désaffection.

Il est vrai que tout concourt au repli sur soi : les tâches administratives se multiplient à l'excès et les contraintes de tous ordres, tatillonnes, rendent l'exercice du thérapeute préoccupant pour l'avenir. L'amertume d'un nombre croissant de praticiens, du corps médical notamment, nous invite aussi à nous interroger.

D'un autre côté, il nous semble que nous ne pouvons plus ignorer le courant de fond qui traverse l'opinion tout entière et qui exprime – ô paradoxe ! – un surcroît de désir de santé. Et pourtant, le citoyen et le pouvoir auquel il confie son devenir s'affranchissent allégrement de la tutelle médicale pour ne plus cantonner les acteurs de la santé qu'à un rôle exclusif d'exécutants d'une remise en état et limiter leur champ à la pathologie. Le citoyen a décidé de prendre son désir de santé en main, d'en faire son affaire au quotidien, de rechercher son bien-être, sa forme permanente, la beauté, la jeunesse, à travers ce qui est cosmétique. Peu importe le prix, l'affaire ne souffre pas de délai ! Il s'agit aujourd'hui de prendre en compte une véritable révolution dans un mode de vie où le plaisir et les sensations doivent trouver leur assouvissement.

« LE COURANT DE FOND QUI TRAVERSE L'OPINION EXPRIME UN SURCROÎT DE DÉSIR DE SANTÉ AFFRANCHI DE LA TUTELLE MÉDICALE POUR NE PLUS CANTONNER LES ACTEURS DE LA SANTÉ QU'À UN RÔLE EXCLUSIF D'EXÉCUTANTS. »

Tant et si bien que les professions médicales – à moins d'un dévoiement de leur mission et d'une dégradation de leur moralité – ne peuvent que laisser le champ libre aux industriels (ceux de l'agro-alimentaire par exemple), aux compagnies d'assurances complémentaires, aux collectivités, qui usurpent leur rôle dans la gestion de la santé des citoyens en captant une démarche émergente de la population avec pour résultat la mise en coupe réglée de ce qui reste d'un pouvoir médical débordé par le marketing, la puissance de l'argent et du profit.

Est-ce à dire que la situation est perdue ? Sur le plan individuel, nous ne le croyons pas. Il nous semble que la seule réponse réside dans l'application et le sérieux que nous mettons à délivrer des soins éclairés et attentifs à nos patients. Sur ce point, il faut pérenniser l'effort des professionnels de santé pour la formation continue, car nous restons inexpugnables. Sur le plan collectif, en tant que corps social, il nous appartient de ne pas nous laisser enfermer dans un rôle de sous-traitant.

ACADÉMIE NATIONALE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Thomas Vanel lauréat du prix de la SOP

La thèse du Dr Thomas Vanel montre l'impact de la qualité de la relation praticien, patient et prothésiste dans la réussite du traitement esthétique d'un élément céramique. Un travail récompensé par la SOP.

Lors de la séance de l'Académie nationale de chirurgie dentaire (ANCD), qui s'est tenue au palais du Luxembourg le 26 novembre dernier, le prix de la Société odontologique de Paris (SOP) a été décerné au Dr Thomas Vanel pour sa thèse de doctorat en chirurgie dentaire soutenue à l'université Henri-Poincaré Nancy 1 et intitulée : *« Impact des facteurs humains dans l'intégration esthétique d'un élément céramique »*. Ce prix lui a été remis par le Pr Louis Verchère, ancien président de l'Académie nationale de chirurgie dentaire et directeur de publication de la *Revue d'odonto-stomatologie (ROS)*, et le Dr Yvan Bismuth, vice-président de la SOP et membre de l'Académie nationale de chirurgie dentaire.

Esthétique et nombre d'or

Le Dr Thomas Vanel bénéficiera du titre de *« lauréat de l'Académie nationale de chirurgie dentaire »*, distinction reconnue par le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes.
Comme son titre l'indique, la thèse de Thomas Vanel porte sur l'intégration esthétique d'un élément céramique, qui fait intervenir trois intervenants, le praticien, le patient et le prothésiste, dans une relation triangulaire. De la qualité de ces relations mutuelles dépendra la réussite du traitement esthétique. Dans un premier temps est présenté le biomatériau céramique, puis les critères esthétiques fondamentaux du sourire, en particulier l'importance des proportions très souvent décrites à l'aide du nombre d'or. Une approche de la lumière est ensuite proposée, et son importance dans l'intégration esthétique de la céramique est mise en valeur.
La deuxième partie est consacrée à l'étude des facteurs humains proprement dits. Elle rapporte le rôle du praticien, du céramiste et du patient dans un traitement restaurateur à visée esthétique. L'auteur insiste sur les méthodes d'analyse, les moyens de communication des données entre les différents acteurs et la mise en œuvre de l'intégration esthétique sur le plan clinique. Est évoqué le rôle souvent négligé de l'assistante dentaire et de l'entourage du patient.
Enfin, il est proposé un protocole de relevé de couleur, dans lequel sont mises en exergue les données fondamentales et pratiques. L'utilisation du teintier Vitapan 3D Master et le relevé des détails complémentaires sont décrits. Pour la transmission des données esthétiques, une fiche spécifique est créée et son utilisation commentée à l'aide de deux cas cliniques.
La Société odontologique de Paris est particulièrement heureuse de remettre ce prix qui récompense le travail du Dr Thomas Vanel et lui adresse ses félicitations pour cette brillante promotion. ■

Pr Louis Verchère



Yvan Bismuth et Louis Verchère entourent Thomas Vanel, lauréat 2007 du prix de la SOP de l'Académie dentaire. Thomas Vanel est l'auteur remarqué d'une thèse intitulée « Impact des facteurs humains dans l'intégration esthétique d'un élément céramique ».

SOP FORMATIONS 2008

Avez-vous la bonne méthode pour vaincre le stress ?



20 MARS 2008
DE 9 H À 18 H

Patients exigeants, contraintes administratives et réglementaires, obligation de résultat clinique, pression financière :
le stress, cela n'arrive pas qu'aux autres !

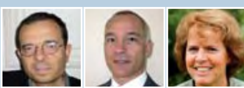
STRESS : ET SI ON PENSAIT À NOUS !

60 POINTS de FCO

→ Le jeudi 20 mars 2008, participez à la journée SOP et mettez en application votre formation dès le lendemain dans votre cabinet !

Les praticiens disposent d'un éventail de réponses utiles et accessibles qu'il leur faut connaître. Au cours de séances interactives et à partir de clips vidéo, trois conférenciers spécialisés donneront, dans différentes situations, un éclairage rationnel de ce phénomène et proposeront des outils simples, adaptés à nos niveaux de stress.

- **Éric Galam :** Mieux comprendre pour mieux agir
- **Jean-Raoul Sintès :** Évaluer son niveau de stress pour adapter ses réponses
- **Deborah Tigrid :** Des solutions concrètes aux situations de stress au quotidien



Journée ouverte aux assistantes

En savoir plus sur le stress ? Lire notre dossier dans le *JSOP* n° 9, novembre 2007.



BULLETIN D'INSCRIPTION

STRESS : ET SI ON PENSAIT À NOUS !

MARRIOTT PARIS RIVE GAUCHE HÔTEL
17, BD SAINT-JACQUES – 75014 PARIS
à retourner accompagné de votre règlement* à :
SOP – 6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris

ou

PAIEMENT EN LIGNE www.sop.asso.fr
Société Odontologique de Paris LE KIOSQUE

Nom : .... • **Prénom :** ....

Adresse : ....

....

Tél. : .... • **Adresse e-mail :** ....

***Tarifs**
Inscription – membres SOP et FSSOSIF : 310 € ; autres : 370 €.
Assistantes : 250 €.

Accepteriez-vous que vos coordonnées soient communiquées à nos partenaires ?
❑ Oui ❑ Non

Voulez-vous recevoir un fichet réduction ?
❑ SNCF ❑ Air France

JSOP0208

TARIF SPÉCIAL HÔTEL : 155 €

Offre réservée aux participants : 155 euros la chambre single ou double pour la nuit du 19 au 20 mars 2008 au Marriott Paris Rive Gauche Hôtel (nombre de chambres limité).
Contact : service Réservation (préciser Journée SOP).
Tél. : 01 40 78 78 40 – Fax : 01 40 78 78 04

PARUTION

« *Honoraires et nomenclatures* » : le livre

Le risque de manquer un épisode du feuilleton passionnant qui s'imprime chaque semaine dans l'*Information dentaire* n'existe plus : l'album complet vient de sortir. Résultat : un outil pratique indispensable sur le thème abordé.

« *HONORAIRES ET NOMENCLATURES.* » Il n'échappera pas au lecteur attentif que ce titre annonce, dans sa concision, un contenu d'autant plus intéressant qu'il sous-entend par la forme plurielle adoptée d'autres classifications que la seule nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Nous avons, d'une part, une NGAP obsolète ne décrivant qu'une partie des actes et, d'autre part, une série d'actes régulièrement réalisés par les praticiens qui ont évolué dans leur technique parce que la formation continue a intégré et diffusé ces nouveaux actes. Tout cela est connu.

Les trois critères d'évaluation des actes pleinement clarifiés

En revanche, l'exacte classification des différents actes en *« opposables »*, *« non opposables »* et *« non remboursables »* n'est pas nécessairement décryptée par tout un chacun. De même que les questions du devis (dans quelles circonstances faut-il en présenter un au patient ?) ou de l'entente directe ne sont pas toujours claires.

Dans ce recueil, Marc Sabek, qui est expert près la cour d'appel d'Orléans, mais aussi actif dans la formation continue et le syndicalisme, nous propose, à partir d'exemples pratiques joliment iconographiés, de « nomenclaturer » l'ensemble des actes en fonction de ces trois critères.
Ensuite il justifie la cotation ou l'absence de cotation soit en renvoyant à la NGAP, soit en spécifiant si l'acte peut faire l'objet d'une facturation ou si, au contraire, étant *« un geste associé à un autre acte médical, il ne peut donner lieu à des honoraires distincts »*. Sur chaque fiche, l'auteur précise de surcroît le mode de facturation : sur une feuille de soins de l'assurance maladie ou dans une note d'honoraires, voire les deux.
Enfin une à cinq étoiles sont attribuées aux *« données économiques »* constituées par le temps moyen de réalisation, le coût des matériaux et des fournitures ainsi que le niveau de technicité de chaque acte. Le nombre total d'étoiles constitue une indication qui doit faciliter l'évaluation des honoraires.

Actes hors nomenclature, feuilles de soins et notes d'honoraires

Semaine après semaine, nous avions suivi le feuilleton de cette nomenclature dans l'*Information dentaire* – en manquant, bien sûr, quelques épisodes – mais aujourd'hui, avec la parution aux éditions SNPMD de l'album complet, la profession dispose d'un outil pratique indispensable.
Indispensable puisque – l'assurance maladie refusant toute assimilation à des actes de la NGAP – les actes hors nomenclature deviennent non remboursables et, partant, ne doivent plus être mentionnés sur une feuille de soins mais faire l'objet d'une note d'honoraires.
Indispensable car, dans un tel contexte, ce recueil devient un outil de communication à l'adresse des patients pour qui il est plus difficile encore que pour les chirurgiens-dentistes de comprendre que l'accès aux soins se paye désormais souvent avec ses propres deniers ! ■

Marc Roché

Honoraires et nomenclatures
Marc Sabek
Éditions SNPMD
Collection « Concepts Gestion »
107 pages
40 €

Prenez la route des Indes avec la SOP !

→ RENCONTRES FRANCO-INDIENNES DE CHIRURGIE DENTAIRE

du 22 avril au 4 mai 2008



Découverte passionnante de l'Inde des villes et des campagnes à travers de luxuriants paysages… L'Inde du Sud exhale un parfum de mystère. Partagée entre quatre États, elle concentre tous ses charmes en un, le Kerala. Au Sud-Ouest de l'Inde, il s'étend des hautes terres des Ghâts occidentaux jusqu'à l'océan Indien. Les Ghâts sont le royaume de la forêt et des plantations (thé, café, caoutchouc, cardamome et autres épices). À leur pied, de petites collines où poussent bananiers, cocotiers, manguiers, poivriers… Elles s'achèvent sur la plaine côtière, univers semi-aquatique où on se déplace en barque, empruntant d'innombrables canaux.



Du mardi 22 avril au dimanche 4 mai 2008

→ RENCONTRES FRANCO-INDIENNES DE CHIRURGIE DENTAIRE



L'hôtel TAJ MAHAL

Construit dans le plus pur style victorien, il est le typique représentant de ce que fut le RAJ, l'empire britannique des Indes. Sa décoration, inspirée de l'Inde ancienne et mythique, est à la fois très luxueuse et de bon goût. Les objets d'art, le mobilier ancien, les tableaux et les tapis confèrent une impression d'aisance et d'opulence...
Un charme rétro combiné à la pointe de la modernité avec la présence de multiples établissements dont trois bars, une pâtisserie et six restaurants, des boutiques, une piscine sur jardins, un institut de beauté, un centre de bien-être, une agence de voyages, sans compter un night-club très couru et la meilleure librairie de Bombay.
Les longs corridors de la partie la plus ancienne font office de galeries d'art où sont exposées des collections diverses et passionnantes.
Une véritable ville dans la ville.



Programme du voyage-congrès

- **22 AVRIL –** Nuit à l'hôtel Taj
  10 h 30 : Paris-Bombay
  23 h 30 : Arrivée à Bombay
- **23 AVRIL –** Nuit à l'hôtel Taj
  Visite de Bombay
- **24 AVRIL –** Nuit à l'hôtel Taj
  Rencontres franco-indiennes de chirurgie dentaire
- **25 AVRIL –** Nuit à l'hôtel Taj (Covelong)
  Bombay-Madras (en avion)
  Excursion dans la région de Madras
- **26 AVRIL –** Nuit à l'hôtel Taj
  Excursion dans la région de Madras
  Madras-Madurai (en avion)
- **27 AVRIL –** Nuit à l'hôtel Taj
  Visite dans la région de Madurai
- **28 AVRIL –** Nuit à l'hôtel Spice Village
  Madurai-Periyar (en autocar)
- **29 AVRIL –** Periyar-Kottayam
  Excursion et nuit sur un *house boat*
- **30 AVRIL –** Nuit à l'hôtel Taj
  Arrivée en bateau à Cochin
  Excursion dans la région de Cochin
- **1er MAI**
  Cochin-Bombay (en avion)
- **2 MAI**
  2 h 15 : Envol pour Paris
  8 h 00 : Arrivée à Paris

Extension Goa :

- **1er MAI –** Cochin-Goa (en avion)
- **2 MAI –** Goa
- **3 MAI –** Dans l'après-midi : Goa-Bombay (en avion)
- **4 MAI –** 2 h 15 : Bombay-Paris
  8 h 00 : Arrivée à Paris

Programme détaillé sur le site de la SOP : www.sop.asso.fr



DROITS D'INSCRIPTION

Les droits d'inscription, obligatoires pour tous les participants, comprennent :

- La remise du dossier et du badge (congressiste)
- L'accès aux séances scientifiques (congressiste)
- Les pauses café (congressiste)

MEMBRES DE LA SOP OU DE LA FSSOSIF

- Congressistes : 290 €
- Accompagnants et enfants de plus de 15 ans : 190 €

AUTRES MEMBRES

- Congressistes : 410 €
- Accompagnants et enfants de plus de 15 ans : 310 €

Enfants :

Les enfants de moins de 15 ans sont dispensés de droits d'inscription mais n'ont pas accès au programme social.

TARIFS ET CONDITIONS GÉNÉRALES

Séjour du 22 avril au 2 mai 2008 : prix par personne en chambre double comprenant vols + logements en hôtel 4-5 * en pension complète + excursions **--> 3 500 €** **Supplément single --> 760 €**

Prolongation à Goa, du 2 mai au 4 mai : prix par personne en chambre double et en 1/2 pension **--> 390 €** **Supplément single --> 200 €**

Ces prix comprennent :
- le trajet Paris/Bombay/Paris sur Air France en classe touriste
- le trajet Bombay/Madras/Mandurai/Cochin/Bombay en classe touriste
- le séjour dans les hôtels mentionnés
- la pension complète (sans boissons)
- les différents transferts
- les excursions accompagnées d'un guide francophone
- les droits d'entrées sur les sites
- les frais de visa
- les taxes et services
- l'encadrement par du personnel de notre société de PARIS à PARIS

Ces prix ne comprennent pas :
- les droits d'inscription au congrès
- les boissons
- les pourboires guides et chauffeurs
- les dépenses d'ordre personnel

Prolongation du 2 au 4 mai

Ces prix comprennent :
- le trajet Cochin/Goa/Bombay en classe touriste
- le séjour à l'hôtel mentionné
- la 1/2 pension (dîner)
- les taxes et les services

Annulation

En cas d'annulation, il sera retenu :
- jusqu'au 23 janvier 2008, un montant de 50 € pour frais de dossier
- entre le 23 janvier 2008 et le 23 février 2008, 10 % du montant total du voyage
- entre le 23 février 2008 et le 8 avril 2008, 50 % du montant total du voyage
- après le 8 avril 2008, 90 % du montant total du voyage

Organisation technique :
Chaumont Voyages – Lic. 075950311

Bulletin d'inscription

à retourner à : CHAUMONT VOYAGES – M. PERRAULT
9, rue principale du Port – 92638 Gennevilliers Cedex
Tél. : 01 47 92 22 40 – Fax : 01 47 99 17 50 – E-mail : cchaumont@chaumontvges.com

Je soussigné(e), Nom : .... • **Prénom :** ....

Adresse : ....

Tél. : .... • **Adresse e-mail :** ....

Accompagné(e) de : Nom : .... • Prénom : ....

Nom : .... • Prénom : ....

Nom : .... • Prénom : ....

❑ M'inscris aux RENCONTRES FRANCO-INDIENNES de chirurgie dentaire

❑ en chambre double ❑ en chambre single

Je désire prolonger mon séjour :
❑ oui ❑ non

Je vous adresse ci-joint un acompte de 1 000 € par personne ainsi que les droits d'inscription, soit :

Acompte : 1 000 € x ..... = ... €

DROITS D'INSCRIPTION

❑ Congressiste membre de la SOP ou de la FSSOSIF ..... x .... = ... €
❑ Congressiste non membre ..... x .... = ... €
❑ Accompagnant ..... x .... = ... €

TOTAL = ... €

DATE : SIGNATURE

JSOP0208



SOP Formations
TP 14
22 mai 2008

Sûr, simple, efficace!



Pointe de Sécurité arrondie
- Guidage parfait de l'instrument
- Glisse sur les aspérités



Arêtes de coupe alternées
- Pas d'effet de vissage/blocage
- Très faible couple de travail



Arêtes vives
- Efficacité de coupe optimale
- Bonne évacuation des débris



Polissage électro-chimique
- Plus résistant à la torsion et à la fatigue
- Facilite le nettoyage et la sterilisation



Safety*MemoDisc*
- Pour compter le nombre d'utilisations
- Maîtriser la fatigue du métal

La Combinaison idéale!

Avec Easy RaCe vous pouvez traiter au moins 80% des canaux Simple & Medium

- 1 x Endo Stand + 1 x Jeu d'instruments *Easy Race* -

- de 2 à 5 instruments suffisent pour une préparation complète
- Plusieurs méthodes de travail possibles p. ex. Crown-Down ou Taper-down avec un seul jeu d'instruments
- SafetyMemoDisc: pour maîtriser la fatigue du métal



Easy Race

Responsable scientifique:
Dr. Bertrand Khayat

Préparation canalaire en rotation continue

un système NiTi novateur: le RaCe

(FKG Dentaire, Suisse)

Race = Reamer with Alternating Cutting Edges

Original: par sa lame droite et torsadée en alternance

Efficace: grâce à sa section triangulaire et à l'électro-érosion qui en affûte les arêtes de coupe

Durable: de par le traitement électro-chimique qui augmente sa résistance à la fatigue et à la torsion

Fiable: grâce à son Safety*MemoDisc* pour compter le nombre d'utilisations par instrument et en maîtriser l'usure

Des idées nouvelles pour résoudre les problèmes que vous rencontrez au quotidien

Et bien d'autres solutions que nous vous invitons à venir découvrir avec nous:

Dr B. Khayat, Dr J.-C. Michonneau, Dr N. Zouhour, Dr. A. Collin, Dr G. Couderc...









Crêt-de-Locle 4 • CH-2304 La Chaux-de-Fonds - Switzerland • Tél.: +41 (0)32 924 22 44 • Fax: +41 (0)32 924 22 55 • info@fkg.ch • www.fkg.ch

RÉGLEMENTATION

Matériel défectueux : quelles responsabilités ? (1/2)

La mise en cause du matériel dans la survenue d'un accident médical implique une recherche de responsabilité du fabricant et convoque des règles de droit différentes de celles qui régissent la responsabilité médicale.

QUEL CHIRURGIEN n'a pas rencontré un problème avec le matériel chirurgical utilisé (bistouri, pince, cathéter, amplificateur, appareil de cœliochirurgie) ou le matériel implanté (prothèse de hanche, de genou, prothèse mammaire) ? En cas d'accident impliquant un matériel ou un produit, il y a lieu d'analyser des processus de conception et de fabrication relevant des normes de l'industrie et, surtout, de déterminer les rapports entre le fabricant et l'établissement ou les praticiens, puis avec le patient lui-même, qui relèvent parfois plus de relations commerciales que de soins.

Il existe, depuis au moins le début des années 1970, une volonté affirmée de protection des consommateurs. L'arrivée de nouveaux produits ou de nouvelles pratiques commerciales a eu pour conséquence l'élaboration de nouvelles règles tant jurisprudentielles que législatives. Ainsi la loi du 26 juillet 1993 (insérée aux articles L. 121-16 et suivants du Code de la consommation) a réglementé les ventes à distance qui étaient source de nombreux abus.

La responsabilité du fait des produits défectueux a elle aussi fait l'objet d'une longue évolution, dans laquelle est venue interférer la réglementation européenne.

L'évolution de la jurisprudence

La jurisprudence a progressivement élargi le champ des obligations des fabricants et fournisseurs professionnels. Elle a défini une obligation de sécurité de résultat à leur charge, quelle que soit leur place au sein de la chaîne de distribution, permettant de retenir leur responsabilité si *« la sécurité à laquelle on est en droit d'attendre »* n'a pas été respectée.

Ainsi la victime d'un produit de santé pouvait faire retenir la responsabilité du fabricant uniquement en apportant la preuve du lien de causalité entre le dommage et ce produit ainsi que du caractère anormal de ce dommage par rapport à l'usage annoncé, sans avoir à démontrer le caractère défectueux du produit, ce qui était très difficile pour elle.

Il est important de connaître ce régime initial, particulièrement favorable aux victimes, pour comprendre les réticences du législateur et des magistrats français à l'arrivée de la réglementation européenne, moins favorable aux consommateurs.

Les régimes applicables

Outre la responsabilité du fait des produits défectueux, issue de la transposition en droit français de la directive européenne du 25 juillet 1985 *(voir ci-dessous)*, plusieurs régimes juridiques peuvent être invoqués par le demandeur à l'appui de sa requête.

• **La responsabilité contractuelle**

Elle est définie par l'article 1147 du Code civil (CC) qui constitue encore aujourd'hui le fondement de l'action du praticien contre son fournisseur ainsi que le régime applicable aux produits mis en circulation avant la loi du 19 mai 1998. Il dispose que *« le débiteur est condamné, s'il y a lieu, au paiement de dommages et intérêts soit à raison de l'inexécution de l'obligation, soit à raison du retard dans l'exécution, toutes les fois qu'il ne justifie pas que l'inexécution provient d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée, encore qu'il n'y ait aucune mauvaise foi de sa part »*.

Ce fondement a été utilisé par la 2e chambre civile de la Cour de cassation dans son arrêt du 21 avril 2005 à propos de l'obligation de sécurité de résultat des cliniques fournissant des produits sanguins. La charge de la preuve est définie par l'article 1315 CC : *« Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver. Réciproquement, celui qui se prétend libéré doit justifier le paiement ou le fait qui a produit l'extinction de son obligation. »*

• **La garantie des vices cachés**

Elle se situe dans le cadre du contrat de vente et a moins vocation à s'appliquer à un accident lié à un produit de santé ayant provoqué un dommage chez la per- •••

••• sonne traitée. Elle est définie par l'article 1641 CC et peut recevoir application, par exemple, pour l'action d'une clinique contre le vendeur du matériel ou du produit. Cet article prévoit que *« le vendeur est tenu de la garantie à raison des défauts cachés de la chose vendue qui la rendent impropre à l'usage auquel on la destine, ou qui diminuent tellement cet usage que l'acheteur ne l'aurait pas acquise, ou n'en aurait donné qu'un moindre prix, s'il les avait connus »*. Les articles 1642 à 1646 en précisent le régime.

L'article 3 de l'ordonnance du 17 février 2005 prévoit que l'action résultant des vices rédhibitoires doit être intentée par l'acquéreur dans un délai de deux ans à compter de la découverte du vice. Ce fondement a été utilisé par la Cour de cassation dans son arrêt du 8 avril 1986 à propos de l'administration concomitante en 1974 et 1975 de Cordarone® (amiodarone) et de Pexid® (perhexiline maléate) ayant provoqué des troubles neurologiques.

Cette action ne devrait pas permettre l'indemnisation du dommage autre que celui lié à l'atteinte au bien vendu et notamment pas celle d'un préjudice corporel. Or, là aussi la jurisprudence a évolué. Ainsi, la cour d'appel de Colmar, dans son arrêt du 30 octobre 2002, à propos d'un accident provoqué par le détachement d'une roue le jour même de la vente d'un véhicule, a admis l'action du propriétaire du véhicule contre le vendeur pour le garantir de l'indemnisation de l'ensemble du préjudice, y compris corporel du tiers victime de l'accident.

D'autre part, l'action sur la base de la garantie des vices cachés a été admise pour un tiers par rapport au contrat par un arrêt de la Cour de cassation du 17 janvier 1995 à propos de la blessure d'un enfant par un cerceau en plastique vendu à une école.

• **La protection des consommateurs**

Issue de la loi Lalumière du 21 juillet 1983, elle a été insérée aux articles L. 221-1 et suivants du Code de la consommation. Il est ainsi prévu (article L. 221-1) que *« les produits et les services doivent, dans des conditions normales d'utilisation ou dans d'autres conditions raisonnablement prévisibles par le professionnel, présenter la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre et ne pas porter atteinte à la santé des personnes »*.

Mais une réserve vis-à-vis des produits de santé est formulée dans l'article L. 221-8 : *« Les mesures prévues au présent titre ne peuvent être prises pour les produits et services soumis à des dispositions législatives particulières ou à des règlements communautaires ayant pour objet la protection de la santé ou de la sécurité des consommateurs, sauf, en cas d'urgence, celles prévues aux articles L. 221-5 et L. 221-6. »*

Ces dispositions, proches des principes dégagés par la jurisprudence avant la directive européenne, ne devraient donc pas s'appliquer aux médicaments, et pourtant le tribunal de grande instance de Nanterre les a utilisées dans ses jugements des 5 juin 1998 et 24 mai 2002 dans l'affaire du Distilbène® (diéthylstilbestrol).

• **La non-conformité du produit livré avec le contrat**

Organisée par l'article 1614 CC qui prévoit : *« La chose doit être délivrée en l'état où elle se trouve au moment de la vente. Depuis ce jour, tous les fruits appartiennent à l'acquéreur »*, elle peut être invoquée dans le domaine de la vente.

• **La responsabilité délictuelle**

Elle va être invoquée quand il n'y a pas de contrat. Ce fut le cas par exemple à la suite de la chute d'un salarié obèse, examiné par un médecin du travail, du fait de l'effondrement de la table d'examen. L'article 1384 CC dispose : *« On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde. »*

Pour retenir la responsabilité du gardien, la jurisprudence exige que la chose ait été l'instrument du dommage (position anormale ou mauvais état si la chose est inerte) et recherche qui est le gardien (présomption pesant sur le propriétaire).

• **La loi sur les droits des malades du 4 mars 2002**

Elle a défini les règles régissant la responsabilité médicale et institué un régime spécial ne nécessitant plus d'invoquer expressément l'article 1147 CC.

Selon l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique (CSP) issu de cette loi, *« hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent Code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute »*.

Ainsi les accidents liés aux produits de santé constituent une exception au principe de la responsabilité pour faute des professionnels de santé. Mais ce texte définit-il un réel régime de responsabilité des praticiens four-

nisseurs de produits ou se contente-t-il d'indiquer que la responsabilité pour faute n'est ici pas applicable et qu'il convient de se référer aux régimes spécifiques des produits ? Il n'y a pas de réponse précise à cette question, mais il serait dangereux pour l'avocat d'une victime de n'invoquer que l'article L. 1142-1 CSP comme fondement de son action. De plus cette réglementation n'est pas conforme à la directive européenne et à sa transposition corrigée dans le Code civil, notamment sur le principe de subsidiarité.

Le régime des produits défectueux

Il est issu de la directive européenne 85/374 du 25 juillet 1985 sur la responsabilité du fait des produits défectueux, destinée à harmoniser les réglementations européennes sur le sujet dans un contexte d'accroissement considérable des échanges commerciaux européens. Elle a été introduite dans le Code civil par la loi du 19 mai 1998.

Cette transposition a été faite *« à la française »* afin de ne pas porter atteinte aux droits des victimes issus de la jurisprudence et considérés comme irréversibles, alors que la jurisprudence doit appliquer la loi et non pas le contraire… Plusieurs décisions de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) ont conduit, à deux reprises, à une modification de cette transposition : par la loi du 9 décembre 2004 introduisant le principe de subsidiarité absent en 1998 et par la loi du 5 avril 2006 précisant le délai de désignation du fabricant par le fournisseur.

Ces différentes versions ont posé de sérieuses difficultés d'application dans le temps, la même affaire pouvant être jugée successivement sur la base de différentes versions. Selon l'article 21 de la loi du 19 mai 1998, ce régime est applicable *« aux produits dont la mise en circulation est postérieure à la date d'entrée en vigueur de la présente loi* [21 mai 1998], *même s'ils ont fait l'objet d'un contrat antérieur »*.

• **Le droit applicable**

Le droit actuellement applicable est inséré aux articles 1386-1 à 1386-18 CC, notamment :

Article 1386-1 : *Le producteur est responsable du dommage causé par un défaut de son produit, qu'il soit ou non lié par un contrat avec la victime.*

Article 1386-4 : *Un produit est défectueux au sens du présent titre lorsqu'il n'offre pas la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre.*
Dans l'appréciation de la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre, il doit être tenu compte de toutes les circonstances et notamment de la présentation du produit, de l'usage qui peut en être raisonnablement attendu et du moment de sa mise en circulation.
Un produit ne peut être considéré comme défectueux par le seul fait qu'un autre, plus perfectionné, a été mis postérieurement en circulation.

Article 1386-7 : *Si le producteur ne peut être identifié, le vendeur, le loueur, à l'exception du crédit-bailleur ou du loueur assimilable au crédit-bailleur, ou tout autre fournisseur professionnel est responsable du défaut de sécurité du produit dans les mêmes conditions que le producteur, à moins qu'il ne désigne son propre fournisseur ou le producteur dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la demande de la victime lui a été notifiée. Le recours du fournisseur contre le producteur obéit aux mêmes règles que la demande émanant de la victime directe du défaut. Toutefois, il doit agir dans l'année suivant la date de sa citation en justice.*

Article 1386-10 : *Le producteur peut être responsable du défaut alors même que le produit a été fabriqué dans le respect des règles de l'art ou de normes existantes ou qu'il a fait l'objet d'une autorisation administrative.*

Article 1386-11 : *Le producteur est responsable de plein droit à moins qu'il ne prouve : […]*
4°- que l'état des connaissances scientifiques et techniques, au moment où il a mis le produit en circulation, n'a pas permis de déceler l'existence du défaut [c'est-à-dire le risque de développement], *sauf dommage causé par un élément du corps humain ou par les produits issus de celui-ci* [article 1386-12].

Ce système peut se présenter comme moins favorable à la victime : l'action est enserrée dans des délais rigoureux (dix ans à compter de la mise en circulation du produit et trois ans à compter de la date du dommage), elle ne peut être mise en œuvre contre le fournisseur direct que si le producteur n'est pas identifié et, surtout, la victime doit démontrer le défaut. ■

Germain Decroix, juriste,
Le Sou médical – Groupe MACSF

NB. La suite de cet article, qui sera publiée dans le JSOP n° 3 daté mars 2008, abordera les points suivants : Qu'est-ce qu'un produit défectueux ? Qu'est-ce que la mise en circulation ? Quelle responsabilité pour le praticien ? Elle présentera une illustration du propos avec l'exemple d'une prothèse défectueuse et, enfin, délivrera quelques conseils simples pour éviter la mise en cause de sa responsabilité médicale.

ENDODONTIE

Système ProTaper® : optimiser la mise en forme pour réussir l'obturation

Une obturation canalaire de qualité commence le plus souvent avec une mise en forme efficace des canaux.

Déterminante pour assurer la circulation de la solution d'irrigation et parvenir ainsi à une désinfection optimale, la mise en forme canalaire joue également un rôle prépondérant dans la préparation des canaux à l'obturation.
Un grand nombre de problèmes rencontrés au moment de l'obturation trouveraient même leur origine dans une mise en forme mal maîtrisée. Néanmoins, cet enjeu essentiel de la mise en forme reste trop souvent négligé.
Forte de ce constat, la SOP a décidé de faire évoluer son TP consacré à l'utilisation du système de mise en forme ProTaper® pour mettre l'accent plus particulièrement sur cette problématique de l'obturation.
Concrètement, plusieurs manipulations de gutta chaude (système B® et système Thermafill®) sont désormais intégrées dans le programme du TP de manière à sensibiliser les participants à l'importance de la qualité de la mise en forme dans la réalisation de l'obturation.
Rappelons que le système ProTaper® est un dispositif à conicité variable. Il répond aux exigences générales de la mise en forme canalaire : mise en forme conique continue, règles de préparation corono-apicale ou encore maintien de la perméabilité apicale. Ce système présente certaines spécificités techniques : une absence de méplats radiants, un pas et un angle d'hélice variables ainsi qu'un avantage majeur : il est simple et fiable d'utilisation.
Par ailleurs, on soulignera que les mises en forme canalaires obtenues respectent parfaitement le trajet canalaire tout en procurant des conicités apicales importantes (de 7 % à 9 %) qui garantissent un bon nettoyage et une obturation facile.
Toutefois, afin d'obtenir ces résultats probants et parvenir à un geste maîtrisé, le praticien doit connaître avec précision les protocoles d'utilisation de chacune des familles d'instruments : *Shaper* pour la mise en forme coronaire, et *Finisher* pour la mise en forme du tiers apical.
À travers une présentation théorique complète et de nombreuses manipulations sur bloc et dents naturelles, le TP de la SOP se fixe comme objectif de former les omnipraticiens à l'utilisation la plus appropriée du système ProTaper®.
Ainsi, au terme du TP, les participants disposeront non seulement de la maîtrise d'un outil leur garantissant la bonne désinfection des canaux, mais également d'une approche pragmatique pour optimiser leurs obturations. ■



Pour l'édition 2008 du TP ProTaper®, la SOP mettra l'accent sur la problématique de l'obturation.

Évaluez-vous !

- Connaissez-vous des difficultés fréquentes lors de vos mises en forme canalaire ?
- Combien de temps consacrez-vous à la réalisation d'une préparation canalaire ?
- Vous arrive-t-il de fracturer régulièrement des instruments endodontiques ?
- Rencontrez-vous des difficultés lors de l'obturation canalaire ?
- Pratiquez-vous les techniques de compactage de gutta chaude ?



Inscrivez-vous !

FORMATIONS SOP 2008

TRAVAUX PRATIQUES

Jeudi 22 mai 2008 – Paris 14e – Marriott Paris Rive Gauche Hôtel

Bulletin d'inscription et tarifs en page 19

DENTISTERIE RESTAURATRICE

Composites postérieurs en méthode indirecte : quand, comment, pourquoi ?

Dans certaines situations cliniques, le recours aux composites en méthode indirecte s'impose.

Dans les cavités au volume important, ou lorsque plusieurs dents sont atteintes dans un même secteur, il est recommandé à l'omnipraticien de préférer une technique indirecte et de faire appel à un laboratoire plutôt que d'utiliser les matériaux composites et adhésifs actuels en technique directe. Seulement le praticien désireux de recourir aux composites en méthode indirecte doit en maîtriser les indications : cavités volumineuses, occluso-proximales dont le diamètre est supérieur à la moitié de la largeur vestibulo-linguale ou MOD.
De même, il devra prendre en considération les normes morphologiques de ces cavités : parois axiales de dépouille à 10°, plancher pulpaire plat ou arrondi, cavité principale d'une profondeur de 1,5 mm à 2 mm, soit la largeur de deux fraises à inlay, un isthme large de 2 mm au minimum, finition cervicale à congé, etc.
La cuisson au four du composite améliore les performances mécaniques du matériau utilisé sous forme d'inlay-onlay pour rétablir la fonction et l'esthétique. Par ailleurs, le praticien devra connaître les causes d'échec et les solutions cliniques qui permettent d'éviter des complications post-opératoires, mais également maîtriser tous les avantages et inconvénients des différentes colles, des composites de collage dual (ou non) et des ciments de scellement.
Le TP organisé par la SOP a pour ambition de répondre à ces impératifs. Toutes les étapes cliniques de réalisation d'un inlay y seront détaillées, c'est-à-dire :
- Les principes de préparation : technique de protection des dents collatérales, choix d'une forme de contour, finition occlusale et proximale, recouvrement cuspidien (si nécessaire) ;
- La protection pulpaire et le fond de cavité : intérêt des ciments verres ionomères ;
- L'hybridation qui assure l'étanchéité ;
- Le provisoire ;
- Le collage de l'inlay avec un adhésif amélo-dentinaire et une colle composite ;
- La réalisation d'un inlay composite, étape par étape.

Lors de la séance, les participants pourront travailler sur dents en ivoirine montées sur modèle en plâtre. Ils prépareront des cavités pour un inlay proximo-occlusal sur prémolaire maxillaire, puis pour un onlay avec recouvrement cuspidien sur une molaire maxillaire. Ils réaliseront ensuite la protection pulpaire, la couche hybride et l'inlay provisoire. Sur un second modèle, ils colleront un inlay composite. ■



Cette année, le TP de la SOP intègre dans les principes de préparation des composites postérieurs en méthode indirecte, l'approche des techniques de protection des dents collatérales.

Évaluez-vous !

- Une cavité distale d'une prémolaire maxillaire s'étendant sur un tiers du volume mésio-distal constitue-t-elle l'indication d'une technique directe ou indirecte ?
- L'isthme d'une cavité pour inlay ne doit pas dépasser 1 mm de large : vrai ou faux ?
- Est-il exact que l'hybridation de la cavité réalisée avec un adhésif amélo-dentinaire sert à renforcer les propriétés mécaniques ?
- Comment polir rapidement un inlay après collage ?



Inscrivez-vous !

FORMATIONS SOP 2008

TRAVAUX PRATIQUES

Jeudi 22 mai 2008 – Paris 14e – Marriott Paris Rive Gauche Hôtel

Bulletin d'inscription et tarifs en page 19



Passez de la théorie aux travaux pratiques !





22 MAI 2008
DE 9 H À 18 H

SOP FORMATIONS 2008

14 travaux pratiques à la carte pour vous perfectionner.
Au sein de chaque TP, des groupes de 5 à 10 praticiens animés par une équipe d'enseignants. Une formation complète pour vous conduire au geste juste.

BULLETIN D'INSCRIPTION

TRAVAUX PRATIQUES

❑ **TP 1 • Endodontie mécanisée : système ProTaper**
Responsables scientifiques : Pierre Machtou, Dominique Martin

❑ **TP 2 • Blanchiment et pose de digue**
Responsables scientifiques : Jean-Jacques Louis, Richard Kaleka

❑ **TP 3 • Parodontie**
Responsable scientifique : Bernard Schweitz

❑ **TP 4 • Composites directs postérieurs et antérieurs par stratification**
Responsable scientifique : Grégoire Kuhn

❑ **TP 5 • Facettes de céramique collées** COMPLET
Responsable scientifique : Claude Launois

❑ **TP 6 • Prothèse sur implants**
Responsable scientifique : Corinne Touboul

❑ **TP 7 • Composites postérieurs en méthode indirecte** COMPLET
Responsable scientifique : Pascal Zyman

❑ **TP 8 • Urgence-réanimation** COMPLET
Responsable scientifique : Thérèse Arvis

❑ **TP 9 • Plan de traitement pluridisciplinaire**
Responsables scientifiques : Éric Hazan, Éric Serfaty

❑ **TP 10 • Traitement par orthèse du ronflement et des SAOS** COMPLET
Responsable scientifique : Frédéric Chabolle

❑ **TP 11 • Occlusodontie**
Responsables scientifiques : Bernard Fleiter, Dominique Estrade

❑ **TP 12 • Prothèses fixées**
Responsable scientifique : Hervé Choukroun

❑ **TP 13 • Instruments ultrasonores**
Responsable scientifique : Gilles Gagnot

❑ **TP 14 • Endodontie mécanisée : système FKG** NOUVEAUTÉ
Responsable scientifique : Bertrand Khayat

TARIF SPÉCIAL HÔTEL
170 €

Offre réservée aux participants : 170 euros la chambre single ou double pour la nuit du 21 au 22 mai 2008 au Marriott Paris Rive Gauche Hôtel (nombre de chambres limité). Contact : service Réservation (préciser Journée SOP)
Tél. : 01 40 78 78 40 – Fax : 01 40 78 78 04

MARRIOTT PARIS RIVE GAUCHE HÔTEL
17, BD SAINT-JACQUES – 75014 PARIS
à retourner accompagné de votre règlement* à :
SOP – 6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris

ou

PAIEMENT EN LIGNE www.sop.asso.fr
Société Odontologique de Paris LE KIOSQUE

Nom : .... • **Prénom :** ....

Adresse : ....

....

Tél. : .... • **Adresse e-mail :** ....

***Tarifs**
Inscription avant le 14 mars 2008 – membres SOP et FSSOSIF : 320 € ; autres : 380 €.
Inscription après le 14 mars 2008 – membres SOP et FSSOSIF : 360 € ; autres : 420 €.

Accepteriez-vous que vos coordonnées soient communiquées à nos partenaires ?
❑ Oui ❑ Non

Voulez-vous recevoir un fichet réduction ?
❑ SNCF ❑ Air France

JSOP0208

dossier

L'éducation thérapeutique du patient appliquée à la parodontologie

À la suite d'un premier article paru dans le JSOP n° 10 daté décembre 2007, qui abordait l'ETP d'un point de vue général, Sylvie Saporta propose de l'appréhender à présent sous un angle pratique dans le cadre de la parodontologie.

L'ORGANISATION DU PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

L'ETP est une démarche systémique organisée en quatre temps : le diagnostic éducatif, le contrat d'éducation, la mise en œuvre et l'évaluation de cette éducation.

Parcours du patient

Soit le patient a un praticien traitant qui le suit régulièrement, soit il va consulter en urgence.

Quoi qu'il en soit, le praticien tente, avec plus ou moins de succès, d'éduquer son patient aux techniques d'hygiène car sa participation active est indispensable. Il est impossible d'être derrière chaque patient deux fois par jour pour superviser ses soins d'hygiène. Le praticien informe, explique, montre parfois, vérifie l'acquisition des soins d'hygiène et, surtout, suit son patient régulièrement. Ce dernier point particulièrement important est largement documenté.

Actuellement, il n'y a pas d'éducation thérapeutique formalisée menée de façon systématique pour les patients atteints de parodontopathie. Une prise en charge variable selon chaque praticien, répondant à des constats cliniques s'est instaurée petit à petit. Un parcours éducatif formalisé, centré sur le patient et pensé en termes pédagogiques apporterait une trame de référence aux praticiens.

> « *Un parcours éducatif formalisé, centré sur le patient et pensé en termes pédagogiques apporterait une trame de référence aux praticiens.* 

LE PARCOURS ÉDUCATIF

Annonce du diagnostic et préparation à l'ETP

Une fois le diagnostic établi, le praticien devra annoncer la pathologie à son patient, prendre le temps de l'écouter et de le préparer à l'éducation thérapeutique. L'ETP n'est pas une pratique courante, et le patient l'apprécie lorsque ses principes et les objectifs qui lui sont proposés lui ont été exposés.

Dans un premier temps, il s'agira d'explorer les représentations du patient, de laisser venir et de favoriser l'expression de ses émotions et de ses représentations sur son problème parodontal. On lui demandera, par exemple, si d'autres personnes de sa famille ou de son entourage souffrent d'une maladie parodontale. Si les représentations que le patient se fait de cette pathologie et de son évolution sont très négatives, à l'aide de comparaisons avec d'autres domaines de la vie courante, le praticien pourra le conduire à modifier ses *a priori*.

Le diagnostic éducatif

Nous pourrons alors construire le diagnostic éducatif qui explorera les dimensions bioclinique, cognitive, socioprofessionnelle, psycho-émotionnelle et projective du patient *(cf. tableau 1)*.

L'analyse de ces différentes dimensions va permettre d'établir les potentialités de compétence que le patient peut, souhaite ou doit absolument atteindre, de les hiérarchiser et de définir ainsi la trame des objectifs à atteindre avec lui.

Expliqués, discutés et partagés avec le patient, ces objectifs constitueront le contrat éducatif, formalisé ou non.

Établir le contrat éducatif

Il s'agit de définir, avec le patient, les objectifs à atteindre. Ces objectifs seront priorisés et planifiés dans le temps. On ne peut ignorer l'importance du temps dans la démarche d'apprentissage. Chaque patient ira à son rythme.

Cette variable est incompressible et doit être prise en compte comme telle. Si un patient montre des difficultés, il convient de le soutenir dans ses efforts et de le rencontrer régulièrement pour réaliser les gestes cliniques permettant de suppléer au mieux à son incapacité tant qu'elle perdure.

Le premier objectif à atteindre est la compréhension de sa maladie. Sans cet aspect cognitif, le respect des objectifs biocliniques de sécurité s'apparentera à de l'obéissance au soignant. Dans ces conditions, leur pérennisation sera hypothétique.

Ensuite viendra la phase des objectifs de sécurité qui englobent la maîtrise de techniques de brossage, comportant la préparation des produits, le passage de fil et/ou de brossettes interdentaires, et le maintien de la motivation à réaliser ces soins spécifiques dans le temps.

Le patient devra également apprendre à auto-évaluer son état buc- ↘

LE DIAGNOSTIC ÉDUCATIF

Dimension	Type de question
Bioclinique	• Vos gencives saignent-elles ? • Quelle est la fréquence de ces saignements (périodique, quotidienne, etc.) ? • Les saignements sont-ils spontanés ou liés à des circonstances précises (brossage ; alimentation, si oui quels aliments sont concernés...) ? • Avez-vous la sensation que vos dents bougent (de temps en temps ; certaines ; toutes) ? • Êtes-vous fumeur ?
Cognitive	• Pouvez-vous commenter ce schéma des dents, des gencives et de l'os ? • Pouvez-vous expliquer pourquoi vos gencives saignent et le mécanisme de votre maladie parodontale ? • Connaissez-vous les mesures que vous pouvez prendre pour limiter votre maladie ?
Socioprofessionnelle	• Quelle est votre activité professionnelle ? • Pratiquez-vous des activités sportives ? • Comment aimez-vous occuper votre temps libre ?
Psycho-émotionnelle	• Qu'avez-vous pensé lorsque vous avez pris conscience ou lorsque l'on vous a annoncé que vous aviez un problème parodontal ? • Êtes-vous gêné par votre pathologie dans votre vie quotidienne ? • Êtes-vous préoccupé par votre problème parodontal ? • D'autres membres de votre famille connaissent-ils ce type de problème ? Si oui, comment l'ont-ils vécu ?
Projective	• Avez-vous dû renoncer à une activité ou vous l'interdisez-vous à cause de vos dents (croquer une pomme, un sandwich, plonger, l'aspect esthétique est-il déterminant, etc.) ? • Quelles sensations aimeriez-vous retrouver ?



TRAITEMENT LOCAL D'APPOINT DES AFFECTIONS DE LA CAVITÉ BUCCALE ET LORS DE SOINS POST-OPÉRATOIRES EN ODONTO-STOMATOLOGIE

Chlorhexidine 0,10 %

Chlorobutanol 0,50 %

Antiseptique

Légèrement analgésique

Flacon de 90 ml

REMBOURSÉ 35% SEC. SOC

Solution pour bain de bouche

Eludril

90 ml

Eludril, source de soins pour la bouche.

ELUDRIL, solution pour bain de bouche. Flacon de 90 ml avec godet. **Composition :** pour 100 ML de solution pour bain de bouche : solution de digluconate de chlorhexidine : 0,5 ml, chlorobutanol hémihydraté : 0,5 g. Excipients : docusate de sodium, éthanol à 96 pour cent, glycérol, lévomenthol, solution alcoolique d'huile essentielle de menthe, eau purifiée, rouge cochenille A (E 124). Titre alcoolique : 42,8 % (v/v). **Indications :** Traitement local d'appoint des affections de la cavité buccale et lors de soins post-opératoires en odonto-stomatologie. **Posologie et mode d'administration :** RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 6 ANS. Utilisation locale en bain de bouche. Ne pas avaler. 2 à 3 bains de bouche par jour. Verser la solution dans le godet doseur jusqu'au trait de 10 ml, 15 ml ou 20 ml, puis compléter avec de l'eau tiède jusqu'au trait supérieur : effectuer le bain de bouche jusqu'à épuisement du godet. Se brosser les dents avant chaque utilisation et rincer soigneusement la bouche à l'eau avant d'utiliser ELUDRIL, solution pour bain de bouche. La durée du traitement peut être de 2 semaines dans les inflammations gingivales et les parodontites. La durée de traitement ne pourra être prolongée au-delà de 2 semaines que sur avis médical. CTJ : 0.62 € à 1.87 €. **Contre indications :** Ce médicament NE DOIT JAMAIS ETRE UTILISE en cas d'hypersensibilité à la chlorhexidine, au chlorobutanol ou aux autres constituants de la solution. **Mises en garde et précautions d'emploi* :** En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et / ou de fièvre associée, la conduite à tenir doit être réévaluée. **Interactions :** L'utilisation simultanée ou successive d'autres antiseptiques est à éviter compte tenu des interférences possibles (antagonisme, inactivation…). **Effets indésirables :** Risque de sensibilisation à l'un des composants de la solution. **Surdosage*. Propriétés Pharmacodynamiques :** La solution pour bain de bouche ELUDRIL est composée de 2 antiseptiques : le digluconate de chlorhexidine à 0,10 % et le chlorobutanol qui possède également des propriétés légèrement analgésiques. L'activité antiseptique de la solution pour bain de bouche ELUDRIL a été démontrée *in vitro* sur des germes pathogènes comme Porphyromonas gingivalis, A. actinomycetemcomitans, Prevotella intermedia, Capnocytophaga ochracea, Eikenella corrodens, Fusobacterium nucleatum, Campylobacter rectus. Par son activité antiseptique sur certaines bactéries, la solution pour bain de bouche ELUDRIL permet de diminuer l'indice de plaque, et par conséquent, de réduire l'inflammation gingivale. **Durée de conservation :** 3 ans. AMM n° 348 237-6 (1997, révisée mai 2005). RSS 35 %. Agrée aux collectivités. Prix : 2.81 €. PIERRE FABRE MEDICAMENT- Laboratoires PIERRE FABRE ORAL CARE, 45 place Abel-Gance, 92100 BOULOGNE. Information médicale : Les Fontaines, 81106 Castres Cedex. Tél : 05.63.51.68.00. Pharmacovigilance : 01.49.10.96.18.

* Pour une information complète, consultez le dictionnaire VIDAL.

★ EURO RSCG LIFE

EXPERT EN SOINS DENTAIRES



cal pour dépister les signes d'appel lui permettant de consulter rapidement avant qu'un incident ne survienne.

On définira enfin les objectifs spécifiques à chaque patient. Ils peuvent être en rapport avec une activité sportive, un aspect esthétique ou un problème de mastication difficile ou douloureuse. Ces objectifs tiendront lieu de leviers de motivation du patient dans le temps.

Dans notre approche, l'acquisition d'une bonne connaissance de la maladie constitue la priorité face aux objectifs de sécurité, dans la mesure où ces pathologies n'engagent que très exceptionnellement le risque vital. L'expérience de la maladie parodontale rend par ailleurs la plupart des patients réceptifs à l'abord cognitif qui viendra soutenir les objectifs de sécurité.

Mise en œuvre du programme d'éducation thérapeutique du patient *(cf. tableau 2)*

Les séances d'ETP seront couplées aux séances de soins et se dérouleront de préférence après le temps de soins.

Pour des raisons de confidentialité, le diagnostic éducatif sera réalisé en séance individuelle. Il en sera de même pour l'apprentissage au brossage, en raison du caractère intime de la cavité buccale.

Les autres séances pourront se dérouler en groupe de 5 à 6 patients, afin d'enrichir les échanges par la dynamique du groupe.

COMPÉTENCES À ACQUÉRIR PAR LE PATIENT

L'adaptation aux parodontopathies de la matrice de compétence établie par J.-F. d'Ivernois et R. Gagnayre, permet de définir les potentialités de compétences qui devront être atteintes par les patients au terme du programme d'éducation.

LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME D'ÉDUCATION DU PATIENT

Première séance	
Objectif	• Le diagnostic éducatif. Établir le contrat éducatif.
Activité	• Entretien *cf.* tableau 1.
Ce que fait le patient	• Participe activement en répondant volontiers et en questionnant l'éducateur.
Ce que fait le praticien	• Aide le patient à expliciter ses besoins et ses attentes. Négocie les objectifs de l'éducation.
Évaluation de l'atteinte des objectifs	• Le patient s'est exprimé. Un contrat éducatif est établi.
Deuxième séance : individuelle ou en groupe	
Objectif	• Comprendre sa maladie (cognitif).
Activité	• Montrer un macromodèle ou un schéma des dents, des tissus de soutien et demander aux patients de le commenter. • Expliquer en se servant de schémas existants le rôle de la plaque dentaire et du tartre dans l'inflammation.
Ce que font les patients	• Expliquent, mettent en commun leurs représentations et leurs connaissances, questionnent le praticien.
Ce que fait le praticien	• Aide les participants à répondre aux questions qu'ils se posent. • Veille à ce que tous les patients participent. • Reformule complètent et rectifie, si nécessaire, ce que les patients ont dit.
Évaluation de l'atteinte des objectifs	• Les patients expliquent avec leurs mots les schémas qui leur sont présentés.
Troisième séance	
Objectif	• Se brosser les dents, y compris dans les zones difficiles d'accès.
Activité	• Choisir parmi un panel de matériel celui qui convient le mieux. • Se brosser les dents. • Utiliser un révélateur de plaque pour vérifier l'efficacité du brossage. • Reprendre le brossage là où il reste de la plaque.
Ce que fait le patient	• Choisit le matériel adéquat compte tenu de ses besoins. • Se brosse les dents. • Vérifie l'efficacité de son brossage avec du révélateur de plaque. • Visualise et élimine la plaque résiduelle avec ses outils de brossage.
Ce que fait le praticien	• Aide à trouver les réponses quant au choix du matériel. • Donne des indications sur le choix judicieux. • Veille à ce que le patient choisisse entre se brosser les dents directement, seul, sans démonstration préalable. Fait à la demande du patient, une démonstration du brossage sur un macromodèle. Laisse le patient s'exercer sur le macromodèle, rectifie les mouvements, puis le patient se brosse ses dents. • Indique le mode d'emploi du révélateur de plaque, aide le patient à visualiser la plaque résiduelle. • Indique au patient comment éliminer la plaque résiduelle.
Évaluation de l'atteinte des objectifs	• Le patient sait choisir le matériel adapté à ses besoins. • Il n'a plus de plaque à la fin de la séance. • Il sait comment faire pour l'éliminer dans les zones difficiles d'accès.

➘ Le patient devra être capable de :
- S'expliquer les causes de sa pathologie parodontale ;
- S'expliquer les conséquences de sa maladie sur sa sphère buccale et son état de santé général ;
- Maintenir un état d'hygiène permettant d'éviter les phénomènes inflammatoires ;
- Reconnaître un état inflammatoire ;
- Auto-évaluer son état gingival pour consulter rapidement si besoin est ;
- Réaliser les soins nécessaires lors de l'apparition d'inflammations ;
- Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits.

À chaque séance, l'atteinte des objectifs sera évaluée selon les indicateurs définis dans le tableau (*cf. tableau 2*). L'évaluation de la compétence du patient à prendre en charge son traitement sera réalisée par l'examen clinique.

En effet, si un patient se brosse les dents de façon efficace juste avant de venir à sa consultation, mais ne réalise pas ses soins bucco-dentaires régulièrement, il n'aura pas de plaque, mais les tissus parodontaux seront enflammés, soit localement, si le brossage n'est pas efficace localement, soit de façon généralisée, si le brossage est irrégulier. Après la première séquence de soins et d'éducation, le patient sera revu à trois mois, puis à six mois. Selon son état bucco-dentaire et sa demande, la durée entre deux rendez-vous sera portée à trois, six ou douze mois.

Le patient sait qu'il peut venir consulter en cas de besoin, sans attendre la date fixée par avance. Si le patient éprouve des difficultés à maintenir sa motivation ou rencontre un problème particulier lié à sa pathologie, une reprise éducative sera effectuée concomitamment aux soins.

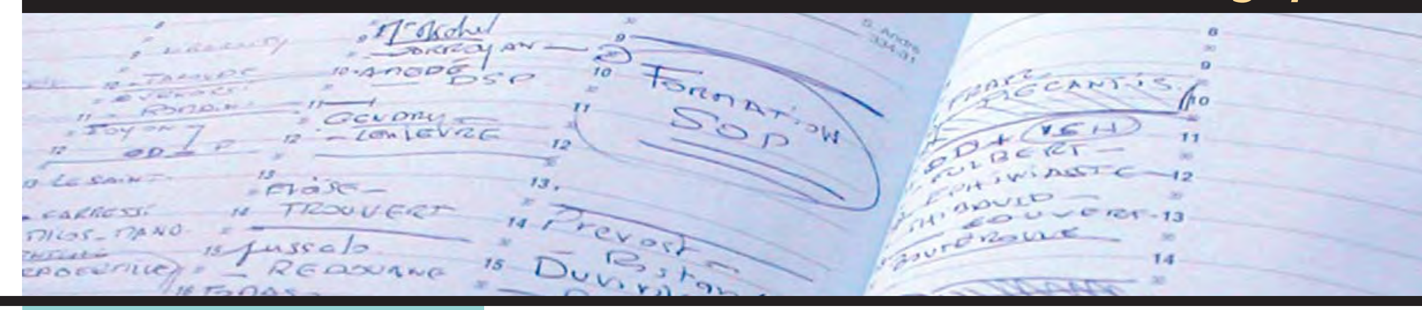
LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME D'ÉDUCATION DU PATIENT *(suite)*

Quatrième séance : individuelle ou en groupe	
Objectif	• S'expliquer l'inflammation gingivale (reprise de la 2e séance). Reconnaître les signes de l'inflammation. • Être capable de s'auto-évaluer dans la reconnaissance de l'inflammation et de prendre des décisions adéquates.
Activité	• Expliciter des planches, décrire les symptômes ressentis lors d'épisodes inflammatoires. • Lister les signes d'appel d'une parodontopathie. • Travailler la prise de décision dans différents cas de figure (cartes de Barrows).
Ce que font les patients	• Mettent leur expérience en commun. • Explicitent et discutent leurs choix. • Créent leur fiche d'auto-évaluation pour repérer les signes d'une parodontopathie.
Ce que fait le praticien	• Facilite l'expression des patients. • Aide à l'explication des cartes de Barrows. • Effectue un renforcement positif lorsque les raisonnements et les prises de décisions sont judicieux, rectifie les inexactitudes en cherchant l'origine des appréciations erronées.
Évaluation de l'atteinte des objectifs	• Les patients décrivent les signes objectifs (saignement) et subjectifs (sensibilité) de l'inflammation gingivale. • Ils choisissent correctement et justifient leurs décisions d'action face à différents problèmes présentés.
Cinquième séance	
Objectif	• Savoir utiliser les ressources existantes. • Évaluer et récapituler l'enseignement à l'hygiène orale.
Activité	• Cas simulés de patients ayant un problème à résoudre en dehors de leur cadre habituel géographique, ou en l'absence de leur praticien traitant…
Ce que font les patients	• Recherchent des solutions, discutent. • Participent, posent des questions sur les points demandant une clarification. • Reformulent des explications de schémas et explicitent des gestes, en les justifiant.
Ce que fait le praticien	• Écoute, veille à ce que chacun participe, aide à formuler, met sur la voie lorsque les patients ont des difficultés.
Évaluation de l'atteinte des objectifs	• Exactitude des explications données et des raisonnements y conduisant.

CONCLUSION

Les parodontopathies sont des maladies chroniques dont la prévalence varie entre 10 % et 71 % selon les études ; 87 % de la population nécessite des soins gingivaux (ANAES 2002). Elles peuvent être stabilisées grâce à des soins réguliers pour lesquels la participation active du patient est essentielle. Cette constatation justifie la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique adaptée à ces pathologies, tant pour le bien-être du patient que pour la maîtrise clinique et comptable de ces pathologies. ●

Sylvie Saporta





FORMATIONS SOP 2008

› Gérer le stress



20 mars 2008
de 9 h à 18 h

Bulletin d'inscription : p. 7

› Voyage-congrès Inde



22 avril 2008
4 mai 2008

Bulletin d'inscription : p. 11

› Travaux pratiques



22 mai 2008
de 9 h à 18 h

Bulletin d'inscription : p 19

› Journée télévisée

12 juin 2008 de 9 h à 18 h

› Fêlures et fractures

16 octobre 2008
de 9 h à 18 h

Toutes les informations,
tous les comptes rendus *in extenso*
sont consultables sur :
www.sop.asso.fr

Plan de traitement : mode d'emploi



920 PRATICIENS ont assisté à la journée du 11 octobre 2007 consacrée au plan de traitement. L'une des innovations de cette formation consistait dans la présentation de cas cliniques sous la forme d'un débat contradictoire entre deux intervenants. Ce mode de conférence permettait de représenter le praticien en situation, analysant les signes cliniques, les évaluant et argumentant à voix haute pour définir ses choix thérapeutiques. L'originalité et l'intérêt de la journée tenaient également moins à la présentation d'un plan de traitement – et le thème de la journée : un plan de traitement : pour quoi faire ? le suggérait – qu'au développement d'une méthode pour y parvenir. C'est ainsi que les choses devraient à chaque fois se passer pour chacun d'entre nous lorsque nous sommes face à un nouveau cas : un questionnement complet et sans *a priori* comme préalable à toute prise de décision. Jean-Pierre Attal et Gil Tirlet ont traité de la dent unitaire et de sa trompeuse simplicité. Alain Brabant et Dominique Estrade ont proposé des plans de traitement pour quatre cas cliniques très proches mais générant des solutions différentes. Jean-François Laluque et Daniel Brocard ont traité de l'approche globale permettant de faciliter la prise de décision pour les cas complexes. Edmond Binhas a proposé une approche rationnelle de la communication entre praticien et patient. Enfin, Philippe Pommarède a insisté sur la prévention des risques de litige avec les patients. ■

Le compte rendu synthétique de la journée Plan de traitement, pages suivantes, coordonné par Ph. Safar, a été réalisé avec le concours de Y. Bismuth, Ph. Jouard, Ph. Viargues, E. Bouaziz, P. Jonas, E. Estrade et de tous les conférenciers qui ont accepté ce surcroît de travail.





J.-P. ATTAL G. TIRLET

Restauration de la dent unitaire : une trompeuse simplicité

L'apparente facilité d'une restauration unitaire peut laisser place à des complications si, dès le départ, le praticien ne s'astreint pas à une démarche clinique planifiée.

Trop souvent, face à des restaurations de dent unitaire, le praticien estime superflu de réfléchir et d'argumenter son diagnostic, préalable indispensable à l'établissement d'un plan de traitement. Cet acte jugé simple et quotidien est alors réalisé rapidement et quasi automatiquement, ce qui provoque régulièrement des effets indésirables, voire des échecs.



Toute intervention clinique, même simple en apparence, n'est jamais anodine et exige une approche globale, une démarche clinique réfléchie et une planification. Autrement dit, un plan de traitement.

LA DENTISTERIE MODERNE EN QUELQUES FONDAMENTAUX

Dans le plan de traitement, le diagnostic constitue la première phase indispensable à la réussite et à la fiabilité d'une restauration. En dentisterie restauratrice, le diagnostic et le plan de traitement peuvent se construire sur quatre niveaux, détaillés ci-après :

- Compréhension de l'étiologie des lésions et de la maladie carieuse ;
- Élimination des foyers infectieux ;
- Restauration des pertes de substance ;
- Prévention des récidives.

Intéressons-nous tout particulièrement à la restauration des pertes de substance. Il existe une méthode simple pour parvenir au choix raisonné d'une technique en fonction des critères biologiques, fonctionnels, mécaniques, technologiques et esthétiques. Le « *puzzle physiologique* » de Magne et Belser schématise clairement ces fondamentaux de la dentisterie restauratrice moderne.

- **Les impératifs biologiques** intéressent le respect et l'économie des tissus dentaires et pulpaires. L'application des techniques adhésives améliore la préservation et la pérennité des structures dentaires tout en assurant l'étanchéité des restaurations (joint collé). La biocompatibilité est un facteur déterminant pour la sélection des matériaux.
- **Les impératifs fonctionnels** consistent à rétablir l'anatomie, la fonction, ainsi que les rapports entre dents adjacentes et antagonistes.
- **Les impératifs mécaniques** s'attachent à renforcer la résistance de la dent sur le plan biomécanique et à la restaurer sans l'affaiblir.
- **Les impératifs esthétiques,** de plus en plus exigeants, posent le principe du biomimétisme comme indissociable de toute restauration.

Afin de définir plus précisément les objectifs du traitement, il faut ajouter à ces critères de base :

- les attentes du patient ;
- les possibilités du praticien ;
- l'identification et l'évaluation des risques.

UNE *CHECK-LIST* POUR FACILITER LE CHOIX THÉRAPEUTIQUE

Ces premières observations procurent rapidement une vision globale de la situation clinique qui permet d'appréhender la plupart des éléments. Mais il est essentiel de n'en oublier aucun afin d'éviter toute erreur qui pourrait déboucher sur un échec.

Une méthode exhaustive est donc indispensable et l'on peut recommander l'utilisation d'une *check-list* (ou liste de contrôle) s'inspirant de l'industrie aéronautique. Cette liste est constituée par un tableau synoptique contenant plusieurs colonnes.

Dans la première sont répertoriés tous les objectifs du traitement et, dans les autres, les facteurs de risque du matériau et de la technique sont évalués en fonction des données actuelles de la science. Pour chaque critère, le praticien attribue un facteur *favorable* (facteur +) ou un facteur *défavorable* (facteur -) aux matériaux ou aux techniques analysés.

Dans la pratique quotidienne, il est très rare qu'une situation clinique ne présente que des facteurs favorables pour un type de matériau ou de restauration. Il existe presque toujours un facteur défavorable, c'est-à-dire un facteur de risque.

La règle du cumul des risques guide alors le praticien dans sa prise de décision thérapeutique. Une technique ou un matériau sont indiqués quand le tableau n'affiche aucun ou un seul facteur défavorable. Quand le tableau affiche deux facteurs défavorables, le praticien doit approfondir son analyse. En cas d'égalité, le facteur biologique est prépondérant. Quand le tableau affiche trois (ou plus) facteurs défavorables, la contre-indication est évidente.

•••

MÉTHODE

Le principe de la méthode consiste à :

- **Indiquer la technique** si 0 facteur défavorable ou 1 facteur défavorable
- **Réfléchir** si 2 facteurs défavorables
- **Contre-indiquer** si 3 facteurs défavorables

Synthèse pour la prise de décision

	Couronne	Compo (TD)	Amalgame	Onlay or	Onlay esthétique
Facteurs biologiques	non	oui	non	non	**oui**
Facteurs fonctionnels	oui	non	non	oui	**oui**
Facteurs mécaniques (liés aux matériaux, liés à la dent)	oui	oui/non	non	oui	**oui**
Facteurs esthétiques	oui	oui	non	non	**oui**
Facteurs technologiques	non	non	oui	oui	**oui**
Facteurs liés au patient (demande, facteurs de risque, âge)	oui	oui	non	non	**oui**
Facteurs liés au praticien	oui	non	oui	non	non

… CAS CLINIQUES D'ILLUSTRATION

L'application de cette méthode est illustrée par les trois cas cliniques détaillés ci-dessous :

Cas clinique n° 1 : Une patiente âgée de 50 ans consulte pour la restauration, qu'elle souhaite esthétique, de sa deuxième prémolaire mandibulaire actuellement porteuse d'un IRM® après la dépose d'un ancien amalgame fracturé. La décision thérapeutique aboutit à la réalisation d'un onlay en composite collé.

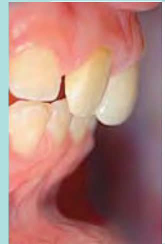
Cas clinique n° 2 : Une patiente âgée de 16 ans consulte pour une doléance esthétique concernant l'incisive centrale maxillaire droite pulpée. Elle aimerait connaître les possibilités thérapeutiques. La décision thérapeutique aboutit à un montage direct par stratification d'un composite.

Cas clinique n° 3 : Âgée de 38 ans, une patiente consulte pour la réhabilitation de son sourire. Ce cas complexe est analysé minutieusement avec la même méthode que celle utilisée pour une restauration unitaire. La simple lecture de la *check-list* suffit pour décider la réalisation de six facettes de céramique collées.

Facteurs liés au praticien

- Praticien expérimenté
- Degré d'expertise dans le domaine du collage
- Degré d'expertise du laboratoire de prothèse





Couronne périphérique	oui
Facettes céramiques	non
Stratification antérieure	non

NEUF PRINCIPES INCONTOURNABLES

Au total, rappelons quelques principes incontournables pour la réalisation d'un plan de traitement efficace :

- Dans notre profession médicale, il est indispensable d'appliquer une méthode rigoureuse afin de sélectionner un matériau et une technique de restauration, même sur la dent unitaire ;
- Face à une situation clinique on ne répétera jamais assez : « *Penser biologie, penser fonction, penser mécanique, penser technique, penser esthétique et penser patient* » ;
- Il faut souvent pondérer les différents facteurs. En cas d'« égalité », le facteur biologique reste prépondérant ;
- Le patient reste toujours l'élément central de notre décision. Trois facteurs primordiaux méritent une attention particulière : l'analyse de sa demande, ses particularités médicales (allergie, susceptibilité à la carie, etc.) et ses possibilités financières ;
- Garder à l'esprit qu'il n'y a ni matériau idéal ni technique infaillible. Plutôt que d'opposer les matériaux, nos thérapeutiques chercheront à les associer ;
- Les techniques indirectes présentent indiscutablement de nombreux avantages ;
- Quelle que soit la qualité des restaurations, elles seront amenées à être remplacées. Il faut en informer le patient et conseiller une maintenance régulière ;
- Le praticien doit impérativement maîtriser les nouveaux matériaux et les nouvelles procédures. Une formation continue intense est donc indispensable tout au long de la vie professionnelle. ■





A. BRABANT D. ESTRADE

Petits édentements, grande palette de traitements

Quatre cas cliniques comparés pour comprendre quels facteurs, de l'anatomie buccale du patient à son budget, emportent finalement le choix thérapeutique.

Comme pour les restaurations des dents unitaires dans les petits édentements, il faut évaluer les facteurs d'influence et éviter les cumuls de risques. Pour les facteurs biologiques, d'une part, et ceux liés au patient et au praticien, d'autre part, l'argumentation est la même que s'agissant de la dent unitaire. Pour les facteurs fonctionnels mécaniques, esthétiques et technologiques, il faut en revanche ajouter les problématiques de l'ancrage, du choix des dents piliers, de leur mobilité relative et du type de connexion.

CONSTRUCTION FUSIONNELLE OU COOPÉRATIVE ?

Le plan de traitement d'une dent unitaire suppose une construction « fusionnelle » au sein d'un seul élément, alors que le plan de traitement d'un petit édentement peut conduire à deux types de réalisation : une construction fusionnelle pour une restauration sur implant ou une construction « coopérative » lorsque plusieurs éléments individuels sont associés.

L'arbre décisionnel *(cf. page 32)* pour aboutir à un plan de traitement cohérent découle des réponses à une série de questions, sur le modèle suivant :

- Peut-on placer un implant ou faut-il mutiler des dents ?
- Quel est l'état des dents voisines ?
- Quel est le volume des éventuels piliers ?
- Quelle place est disponible transversalement et verticalement ?
- Quelle est l'importance des sollicitations occlusales ?
- Quel est l'état de la gencive quantitativement et qualitativement ?
- Quel est le degré de visibilité des dents concernées ?

IMPLANT FIXE : LE CHOIX PRINCEPS

La difficulté consiste dans la hiérarchisation des facteurs décisionnels *(cf. page 33)*. Pour ce faire, il convient d'observer attentivement les détails, raisonner et opposer les arguments. Que doit-on observer 1 2 ?

- les radiographies ;
- le sourire du patient ;
- les modèles d'étude, qu'il faut impérativement réaliser quel que soit le cas. Ceux-ci permettront l'examen de la dimension de l'édentement, du niveau des collets, de l'axe des dents, des chevauchements, des reliefs ostéomuqueux et des reliefs occlusaux (grâce notamment à la possibilité d'observer l'occlusion du côté lingual) ;
- l'état parodontal et le degré de mobilité des dents piliers.

Dans sa réflexion, le praticien doit éga- ...

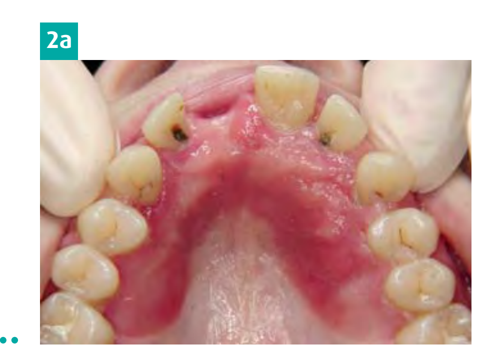
1a



1b



2a



2b



3a

3b

4a

4b



… lement intégrer sa compétence et élaborer plusieurs propositions afin de répondre aux attentes du patient. Par ailleurs, l'intégration d'une prothèse implique une relation entre des éléments de la bouche et des dents artificielles :

- la relation dento-muqueuse implique la prothèse amovible ;
- la relation ostéo-intégrée implique des réalisations d'implants ;
- la relation dentaire partielle implique des ancrages partiels scellés ou collés ;
- la relation dentaire complète implique des ancrages périphériques.

Le praticien part, toujours, de l'éventualité de la solution implantaire fixe 3 : c'est le choix princeps à envisager absolument. La prothèse amovible sera réservée à la restauration temporaire ou à l'édentement associé.

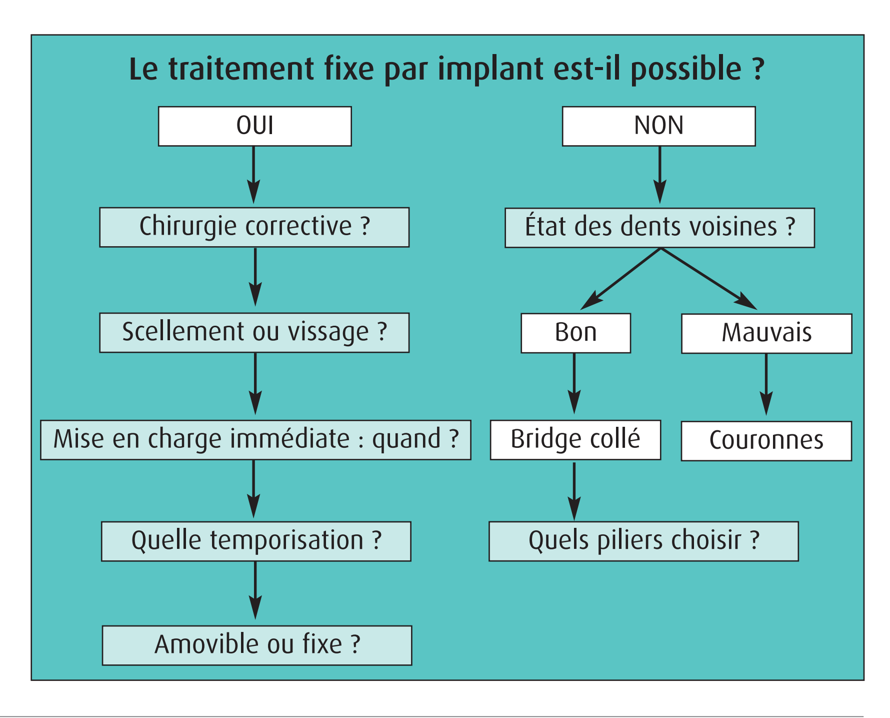
Pour une solution implantaire fixe, il faut :

- une épaisseur d'os supérieure ou égale à 5 mm, une profondeur supérieure ou égale à 10 mm et un couloir osseux (espace existant entre les axes des dents voisines) suffisant, c'est-à-dire supérieur ou égal à 6 mm ;
- un alignement correct de l'os disponible par rapport aux dents voisines et antagonistes ;
- une dimension verticale suffisante en occlusion ;
- une acceptation des modalités séquentielles du traitement par le patient (longueur, phase chirurgicale, inconfort de la prothèse temporaire, etc.)

DES SOLUTIONS DIFFÉRENTES POUR DES CAS VOISINS

En partant de quatre cas cliniques très voisins en matière d'édentement, les réponses aux questions du praticien aboutissent, à travers ces arbres décisionnels, à des solutions restauratrices différentes.

Cas clinique n° 1 4 : La 62 est à extraire. Les dents voisines sont intactes, l'édentement est suffisamment large, le contexte osseux favorable en épaisseur, profondeur et largeur du couloir entre les racines des collatérales : la prothèse sur implant est le choix privilégié 5. En effet, le bon état des dents contre-indique le bridge collé



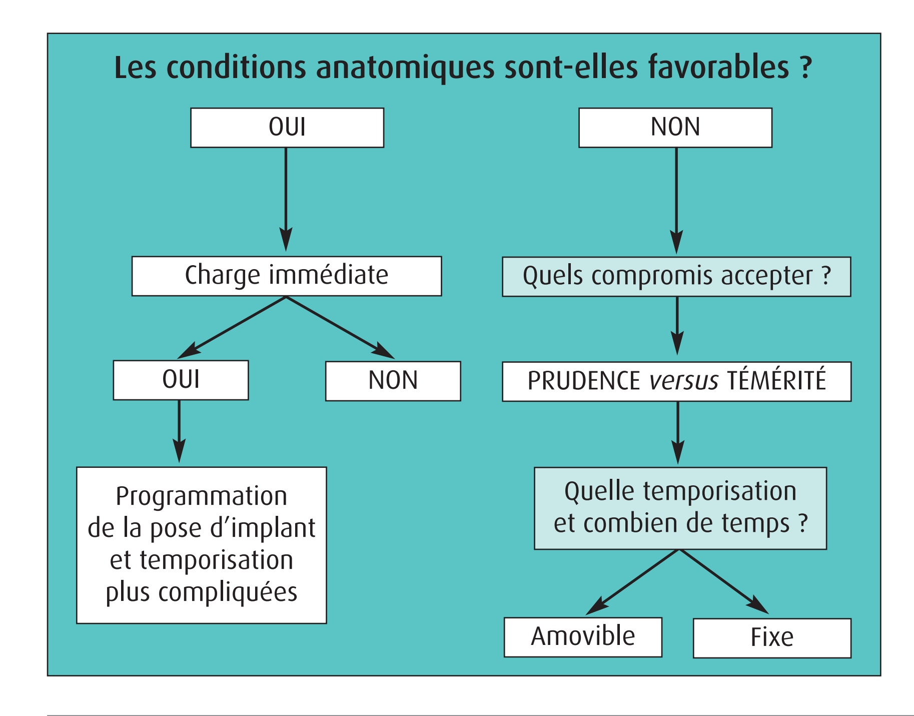
sauf pour des raisons médicales ou économiques. De même, le bridge classique (avec préparations périphériques) est totalement contre-indiqué.

Cas clinique n° 2 6 : Les dents sont intactes, il existe une bonne distance interproximale. *A priori,* la situation est favorable, mais le contexte est défavorable sur le plan osseux malgré une greffe, qui s'est soldée par un échec. La situation serait défavorable à l'option bridge collé sur deux piliers, mais il existe une forte supraclusion et l'une des deux incisives est plus petite que l'autre. La solution retenue consiste donc en un bridge collé. Dans ce cas clinique particulier, le praticien réalise ce bridge sur un pilier unilatéralement avec préparation spécifique et une double cannelure pour assurer une « rétentivité » de l'ancrage 7.

Cas clinique n° 3 : Ici, le contexte osseux est défavorable à une solution implantaire 8. Par ailleurs la rotation des dents piliers s'avère importante, rendant visibles des ancrages partiels 1b : dans ce cas, la lourdeur d'un traitement orthodontique doit être mise en balance avec le résultat escompté en termes d'économie tissulaire, financiers et esthétiques. L'abrasion des bords libres des dents piliers est importante. La solution retenue consiste en un bridge avec préparations périphériques sur dents pulpées.

Cas clinique n° 4 9 : Le contexte osseux semble défavorable à la solution implantaire. La centrale est, certes, en parfait état, mais les valeurs intrinsèque et extrinsèque des dents postérieures s'avèrent défavorables. Pour ces raisons, après information du patient qui participe à la prise de décision, la solution implantaire est retenue.

On le voit : quatre cas cliniques assez proches ont généré quatre solutions différentes. Celles-ci restent dépendantes des conditions anatomiques de la région à restaurer, de l'état général de la bouche du patient, de ses possibilités financières et, enfin, des connaissances scientifiques et techniques du praticien. ■



5a



5b



6



7



8



9



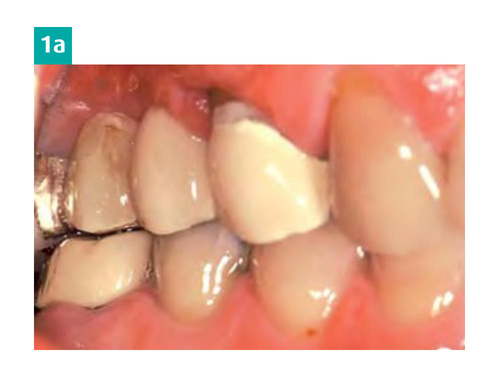



J.-F. LALUQUE D. BROCARD

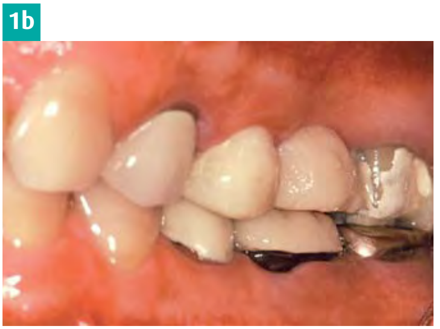
Une approche globale pour faciliter la gestion des cas complexes

À diagnostic unique, une multitude de plans de traitement. Pour choisir celui qui convient dans un cas clinique complexe, il appartient au praticien d'évaluer l'enjeu majeur : caries, parodonte ou occlusion ?

1a

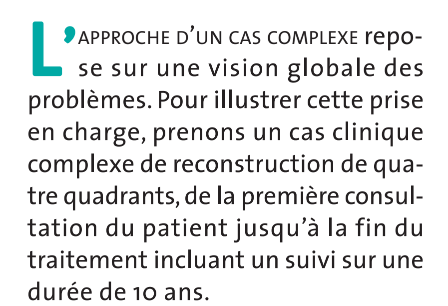


1b



2





L'approche d'un cas complexe repose sur une vision globale des problèmes. Pour illustrer cette prise en charge, prenons un cas clinique complexe de reconstruction de quatre quadrants, de la première consultation du patient jusqu'à la fin du traitement incluant un suivi sur une durée de 10 ans.



RÉTABLIR LA CONFIANCE

Le patient vient consulter pour la première fois en mai 1994 pour un problème sur la 11. Mais un examen attentif montre l'existence de problèmes liés dans les quatre secteurs postérieurs 1.
Le patient est âgé de 38 ans. Il présente un problème esthétique non seulement sur la 11 mais également des douleurs articulaires, du bruxisme, de l'inconfort occlusal, des traitements précédents importants, une fracture des matériaux prothétiques. Par conséquent et avant toute chose, le praticien devra rétablir la confiance du patient à l'égard de la profession de chirurgien-dentiste tout en appréciant les différents signes et leurs interrelations pour établir un diagnostic précis.
Lors de la consultation initiale, le praticien relève les données de l'entretien clinique et procède à un examen clinique ainsi qu'à des examens complémentaires (radiographies et modèles d'étude) 2. D'une manière générale, afin d'estimer le problème central d'un patient, le praticien doit être attentif aux problèmes d'ordre :

- ATM ;
- musculaire ;
- prothétique (reconstruction) ;
- parodontal ;
- endodontique ;
- général ;
- et à tout autre problème urgent (comme la douleur, par exemple).

LES DIX ÉTAPES DU TRAITEMENT CLASSIQUE

Après avoir réalisé des empreintes d'étude, le praticien monte les modèles sur articulateur, recherche les prématurités et contrôle la valeur du guide antérieur.
Afin de déterminer les objectifs du plan de traitement pour une reconstruction complexe, le praticien doit étudier la position de référence *(cf. l'arbre décisionnel ci-contre)* ; la dimension verticale ; le plan d'occlusion ; la relation intermaxillaire (RC/ICM). Dans ce cas clinique, comme les quatre quadrants sont à refaire, le praticien envisage de reconstruire en position de relation centrée. Le guide antérieur est fonctionnel ; il sera conservé.

L'essentiel de la journée Plan de traitement, 11 octobre 2007

Les 10 étapes thérapeutiques d'un traitement classique sont les suivantes :

1. Traitement parodontal initial ;
2. Prothèses provisoires ;
3. Traitements endodontiques ;
4. Réévaluation parodontale ;
5. Traitement parodontal ;
6. Orthodontie ;
7. Réévaluation occlusale ;
8. Traitement prothétique final ;
9. Gouttière interocclusale ;
10. Maintenance.

Dans le cas clinique étudié, la chronologie du traitement est la suivante :

- dépose des couronnes, bridges et prothèses provisoires ;
- traitement endodontique ;
- réévaluation occlusale ;
- prothèses céramo-métalliques ;
- gouttière ;
- maintenance.

SOMMES-NOUS COMPÉTENTS ?

En octobre 1995, le traitement est achevé. L'incisive centrale n'a toujours pas été traitée : elle sera réalisée dans un second temps ainsi que la pose d'une gouttière. Au total, le traitement aura duré 17 mois 3. Le patient est suivi en maintenance sans présenter de problème jusqu'en 2005. Puis, en 2006, le patient consulte pour des fractures radiculaires 46/24/14.

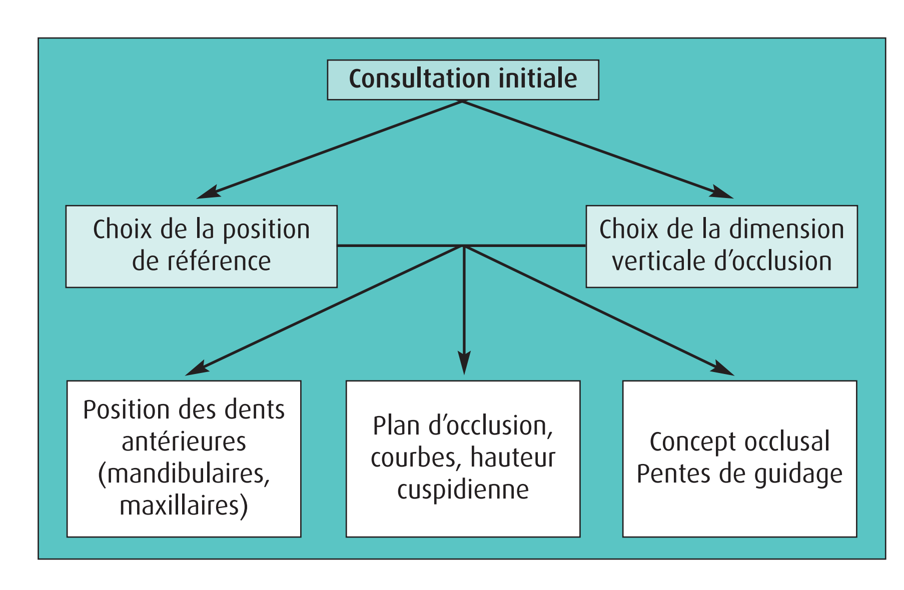
Afin de comprendre cette situation et remettre en place un projet prothétique, un bilan complet est nécessaire. Le plan de traitement prendra en considération :

- des critères de construction (position de référence, DVO, plan d'occlusion RC/ICM, guide antérieur) ;
- les alternatives thérapeutiques ;
- les étapes thérapeutiques ;
- la notion de patient à risque.

Le praticien peut alors proposer plusieurs solutions : les extractions des dents 14, 24, 46 4 et la pose d'implants sur les 14, 15, 16, 46, 47 ; la pose de prothèses transvissées solidarisées.

Dans un cas complexe, la question de l'élaboration du traitement réside dans l'évaluation du problème majeur du patient : est-il d'ordre carieux, parodontal ou occlusal ? Mais, si pour un même patient, il n'existe qu'un seul diagnostic, plusieurs plans de traitement sont envisageables.

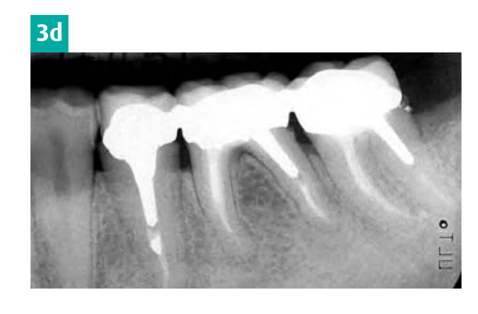
Afin de déterminer le traitement adapté, le praticien doit évaluer le meilleur service à rendre à son patient. Il devra également s'interroger sur sa compétence propre : le traitement retenu peut-il être réalisé par un omnipraticien ou devra-t-il adresser son patient à un spécialiste ? ■

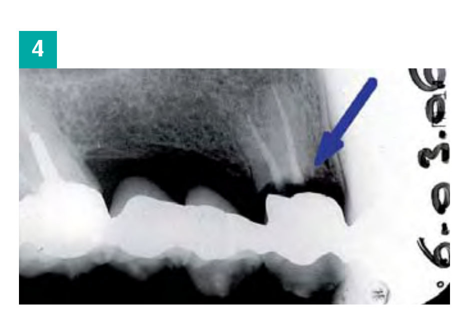


3a


3b


3c


3d


4




E. BINHAS

L'art de la présentation d'un plan de traitement

Aspect non clinique essentiel à la relation avec le patient et plus encore à l'acceptation du traitement, la communication ne peut être négligée. Une approche méthodologique et rationalisée est proposée.

QUELLE EST LA MEILLEURE FAÇON de présenter un traitement ? Refuser systématiquement d'entrer dans une relation commerciale avec un patient donnera au praticien le sentiment d'être plus efficace sur le long terme. Mais cette démarche suppose un certain état d'esprit et notamment le respect d'une éthique. Pour autant, la présentation des plans de traitement ne doit pas être perçue comme un piège dans lequel on enferme le patient.

La reconnaissance de la qualité professionnelle du praticien dépend certes de la qualité des traitements. Cependant, le chirurgien-dentiste ne peut plus être considéré seulement comme un simple technicien de l'art dentaire. Il doit désormais maîtriser tous les aspects de la pratique dentaire, y compris les aspects non cliniques.

S'AFFRANCHIR DE TOUT EMPIRISME

Ainsi, la présentation des plans de traitement est une discipline plus complexe qu'il n'y parait. Elle ne peut se résumer à une collection de recettes de cuisine. Réussir dans cet exercice relève d'une certaine méthodologie et de techniques de communication rationalisées. Il est primordial aujourd'hui de s'affranchir des présentations de traitement empiriques. Le praticien doit se montrer professionnel dans ce domaine également.

ÊTRE PROFESSIONNEL, QU'EST CE QUE CELA SIGNIFIE ?

80 % de l'acceptation des traitements dépend d'une « *approche professionnelle* » de cet exercice. On peut la diviser en quatre objectifs :

1. **Mieux évaluer son contexte personnel.**
   L'environnement dans lequel le praticien exerce son activité (rural, semi-rural, citadin), l'emplacement du cabinet ainsi que les moyens d'y accéder (parkings...), l'équipe, la patientèle, l'organisation, etc. produisent un impact direct sur le taux d'acceptation des plans de traitement.
2. **Bien connaître son travail.**
   Même les cabinets d'excellence connaissent de mauvais jours. C'est pourquoi, il est nécessaire de faire régulièrement le point sur deux aspects essentiels de la pratique :
   - savoir ce que l'on fait bien et le faire savoir ;
   - connaître objectivement ses limites et se former dans les domaines de moindre expérience ou déléguer certains types de traitement.

L'essentiel de la journée Plan de traitement, 11 octobre 2007

Il faut garder à l'esprit que les convictions du praticien sur son niveau clinique et la pertinence de son plan de traitement induisent l'acceptation du traitement par le patient.

3. Mieux connaître son patient.
Il s'agit d'un élément primordial pour améliorer la présentation des plans de traitement. Deux aspects sont à retenir :
Notre activité consiste à respecter la personnalité unique de chaque patient, d'une part, et à comprendre ses désirs, d'autre part. Devenu consommateur de santé, le patient est exigeant, informé, infidèle. Il veut tout, tout de suite, et à moindre coût. Enfin, le patient ne vient pas uniquement chercher une information. Une fois qu'il vous a accordé sa confiance, il veut être guidé dans ses choix.
Prendre en compte l'ensemble de ces aspects augmente les chances d'acceptation des plans de traitement par les patients.

4. Mieux se connaître soi-même.
La connaissance de soi joue également un rôle déterminant dans l'acceptation des plans de traitement. Elle permet d'être clair avec le patient. Le praticien doit savoir ce qu'il veut. Mais il faut également lever nos barrières intérieures car un certain nombre d'entraves psychologiques parasitent la bonne présentation des traitements.
Première de ces barrières : la pression environnementale omniprésente et culpabilisante (médias, système de santé, patients, sécurité sociale...).
Deuxième type de barrière : notre rapport à l'argent ! Il s'agit là d'un sujet tabou non seulement dans la profession, mais dans la société française en général. Il ne fait aucun doute que dans les cabinets dentaires, le stress, l'argent et la communication sont liés. Apprendre à communiquer sur l'argent peut permettre de réduire le stress de façon significative. C'est pourquoi il faut considérer l'argent seulement comme un moyen qui permet de recruter, investir, élever ses enfants, travailler moins, etc. ■

UNE MÉTHODOLOGIE DU « *PLAN DE TRAITEMENT* »

La méthodologie d'un plan de traitement repose sur le respect d'étapes chronologiques, l'efficacité relationnelle et des techniques de présentation :

- **Des étapes et une chronologie précise.** Afin d'aborder avec efficacité la présentation des traitements, il est important de réfléchir, puis de rationaliser les étapes du déroulement de la première consultation (cinq étapes), de la préparation du plan de traitement (étude de cas tenant compte de la demande psychologique du patient) et, enfin, de la séance de présentation.

- **Faire preuve d'une efficacité relationnelle.** Cela signifie établir la confiance avec son patient sans perdre de temps. Trois techniques sont employées : l'écoute, l'empathie (aptitude à se mettre à la place de l'autre de façon distanciée), et l'assertivité (affirmation de soi positive, constructive et responsable, sans agressivité ni prétention).

- **Utiliser des techniques de présentation.** Trois techniques simples mais efficaces permettent d'augmenter l'acceptation des plans de traitement :
1. Émotion + Logique : présenter les avantages du traitement avant les aspects techniques.
2. La fierté de ses honoraires : présenter les honoraires avec assurance et puis se taire afin de laisser au patient le temps de peser les avantages et les inconvénients de l'acceptation du traitement. Après cela, trouver des solutions financières permettra au patient de réaliser le traitement dont il a besoin.
3. Répondre aux objections : cette étape souvent sous-estimée est pourtant la plus importante pour atteindre un haut niveau de réussite dans les présentations.
Au total, développer son efficacité en termes de présentation des traitements est certes difficile, mais également très motivant.
Il n'existe pas de solutions toutes faites. Chaque praticien doit trouver le juste milieu, c'est-à-dire gagner sa vie honnêtement sans basculer dans le mercantilisme, déléguer sans se décharger, tout proposer au patient sans rien lui imposer, communiquer sans psychanalyser, refuser sans agresser.



Ph. POMMARÈDE

Quelle responsabilité liée au contrat de soins ?

Obligations de résultat, de moyens, de sécurité ou d'information… Comment sécuriser une pratique devenue *« à haut risque »* ?

PRÉVENIR LES LITIGES

- Ne pas céder aux exigences des patients.
- Ne pas critiquer les confrères.
- Effectuer un suivi thérapeutique irréprochable.
- Disposer d'un matériel normalisé et sans faille.
- Bien informer le patient et obtenir son consentement éclairé.
- Bien tenir le dossier médical.

Si en dépit de ces conseils, un litige survenait, il faut absolument suivre les règles suivantes :

- Ne jamais laisser un courrier de réclamation sans réponse.
- Prévenir immédiatement son assureur.
- Éviter les initiatives personnelles.
- Ne pas reconnaître d'emblée sa responsabilité.
- Se rendre à toute convocation d'expertise.
- Transmettre tous les documents à son assureur.

TROIS ÉLÉMENTS doivent être réunis pour mettre en cause la responsabilité d'un praticien :
- une faute ;
- un préjudice ;
- un lien de causalité entre les deux.

La responsabilité civile professionnelle est une responsabilité contractuelle qui unit un patient et un praticien liés par un « *contrat de soins* ».

Patient et praticien ont des obligations réciproques. Pour le patient, elles consistent à donner toutes les informations sur son état de santé, suivre les éventuelles prescriptions, respecter les conseils et le suivi thérapeutique et ne pas rompre ce contrat unilatéralement sauf cas de « *force majeure* ». Du côté du praticien, la liste est plus longue et se décline sous forme d'obligations : obligation de moyens pour tous les soins, de résultat pour la pièce prothétique, de sécurité, de prudence ou encore d'information. De cette dernière « obligation » découle le consentement ou le refus éclairé.

Cette information due au patient doit, entre autres, porter sur : son état bucco-dentaire, les différents traitements possibles adaptés à son cas, leur utilité et leur urgence, l'évolution possible en l'absence de soins, les précautions à prendre et, enfin, le coût ainsi que les modalités de prise en charge. C'est le praticien qui doit apporter la preuve que cette information a bien été délivrée, éventuellement par le biais de documents écrits et signés, notamment en implantologie et en orthodontie. L'existence d'un délai suffisant (de deux à trois semaines) entre la date de l'information et, hors urgence, la date du début effectif du traitement constitue un aspect essentiel. La loi du 4 mars 2002 a réduit de 30 ans à 10 ans la prescription « *après consolidation* », et prévoit, dans des délais courts, l'accès direct du patient à son dossier médical. Rappelons que les assurances responsabilité civile professionnelle sont obligatoires et leur absence très sévèrement punie.

Par ailleurs, le nombre de procédures entre patients et praticiens est en constante augmentation et ce pour plusieurs raisons :
- une tendance générale à la revendication ;
- la dégradation des relations entre patients et praticiens ;
- le développement des contrats de protection juridique ;
- l'accès favorisé à l'aide juridictionnelle ;
- l'influence croissante des associations de consommateurs ;
- la vulgarisation de l'information médicale ;
- le manque de confraternité. ■

Plan de traitement, 11 octobre 2007



« PAS SEULE DEVANT L'ÉCHEC »

Stéphanie Noley,
36 ans, omnipraticienne à Ribécourt (60)

« Jusqu'à présent, je n'osais pas réaliser de bridge collé avec un appui unilatéral. La présentation étonnante qui a été faite de ce procédé m'a intéressée. Je retiendrai également la conférence sur les réhabilitations complexes où les conférenciers ont présenté leurs échecs. Au niveau pédagogique, il était intéressant de comprendre pourquoi le traitement n'a pas fonctionné. Sur le plan psychologique, c'est aussi très rassurant de constater que l'on n'est pas seule à être confrontée à des échecs thérapeutiques ! »



« DAVANTAGE DE RIGUEUR POUR LES RESTAURATIONS UNITAIRES »

Pierre Despois,
54 ans, omnipraticien au Perray-en-Yvelines (78)

« Je suis ravi d'avoir assisté à cette formation d'un très bon niveau et sans aucun temps mort. Les conférences m'ont conforté dans la systématisation du plan de traitement lors de la première consultation. Je pense que je vais m'appliquer à encore davantage de rigueur, notamment pour les restaurations unitaires. C'est vrai, on pense qu'il s'agit des cas les plus simples et qu'ils n'exigent pas de plan de traitement, mais la présentation des conférenciers m'a prouvé que c'était une erreur. »



« ON N'ENSEIGNE PAS CETTE DÉMARCHE À LA FACULTÉ ! »

Bengta Kuthu,
53 ans, omnipraticienne à Saint-Pierre-les-Nemours (77)

« Cette journée placée sous le signe de la communication avec le patient était particulièrement conviviale. La forme très interactive des conférences, notamment la première, m'a vraiment donné envie de me tourner vers les inlays-onlays. D'habitude, on sort des journées de la SOP avec une ou deux astuces pratiques. Cette fois-ci, c'est une philosophie globale de traitement du patient qui était proposée. Et ce type de démarche, on ne l'enseigne pas à la faculté. »

SUPPORT DESIGN

Perfect Advanced



DESCRIPTIF

La première selle échancrée du marché, spécial homme.

Le Tabouret-Selle Perfect Advanced permet de rester droit, correctement et confortablement assis des heures durant. Perfect Advanced est échancré à l'avant avec une rainure longitudinale permettant une meilleure ventilation ainsi qu'un soulagement de la pression sur les vertèbres. Ergonomique : l'assise est rendue plus confortable avec l'angle d'inclinaison réglable (l'angle ouvert formé par le dos et la hanche élimine les tensions) et l'épaisseur du rembourrage.

LES PLUS PRODUIT

- Grand choix de sellerie
- Piétement de petites dimensions
- 3 hauteurs de vérin
- En option : système de réglage de la hauteur au pied et repose-pieds, roulettes autobloquantes
- Fabriqué en Suède

CODIMED
59, rue de Ponthieu
75008 Paris
Tél. : 01 45 63 41 41

DIRECTA

FenderMate



DESCRIPTIF

Combinaison révolutionnaire d'une matrice sectionnelle et d'un coin interdentaire.

Avec une matrice et un coin interdentaire insérés solidairement, FenderMate aide à réaliser des restaurations efficaces. Doté d'un design unique, le coin interdentaire présente une ailette modelable adaptable à la majorité des espaces interproximaux. L'utilisation de la combinaison FenderMate et FenderWedge établit un nouveau standard grâce à son approche invasive minimale pour les préparations et restaurations de classe II.

CODIMED
59, rue de Ponthieu
75008 Paris
Tél. : 01 45 63 41 41



LES PLUS PRODUIT

- Insertion aussi facile et rapide qu'un coin interdentaire
- Disponible en deux largeurs (droite et gauche) de coins interdentaires
- Code couleur pour une identification aisée
- Plastique et couleurs approuvés pour l'alimentation (polypropène).
- Acier inoxydable

ITENA

Mallette de reconstitution avec tenon fibré (SC33)



DESCRIPTIF

La toute première mallette réunissant l'ensemble des matériaux et accessoires nécessaires pour réaliser une reconstitution corono-radiculaire avec tenon fibré !

LES PLUS PRODUIT

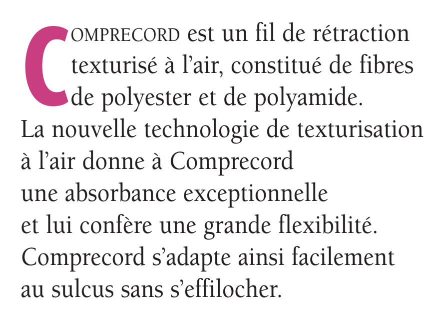
- Tous les matériaux et accessoires réunis en une mallette
- Complémentarité et compatibilité garanties
- Un protocole illustré validé par les plus grands universitaires
- L'assurance d'une reconstitution corono-radiculaire réussie

Cette mallette contient tous les matériaux et accessoires nécessaires à une restauration avec tenon fibré (SC33) : coffret de tenons fibre de verre translucides DentoClic + matrices de coffrage + gel de mordançage DentoEtch + silane Silanéa + adhésif DentoBond + chémo-activateur pour rendre l'adhésif dual Bond Activator + composite de reconstitution DentoCore + micro-applicateurs coniques + embouts fins et extrafins.
La combinaison de ces produits, tous de marque ITENA, garantit une reconstitution idéale et optimisée. Leur complémentarité parfaite assure une excellente adhésion jusqu'au fond du canal (20 MPa) et une homogénéité réelle de la restauration.
La reconstitution corono-radiculaire obtenue est alors de qualité remarquable, extrêmement solide, durable et esthétique. Un protocole illustré très clair et démonstratif guide l'acte en détail.
Prix de vente : 289 € TTC

ITENA
153, avenue Victor-Hugo
75116 Paris
Tél. : 01 45 91 30 06

ITENA

i-Posts



DESCRIPTIF

Nouvelle génération de *screw posts*.

Le laboratoire ITENA, innovant dans le domaine de la reconstitution corono-radiculaire et fabricant du système de tenons Dentoclic, lance i-Posts, des *screw posts* d'une toute nouvelle génération.
Les *screw posts* ITENA se différencient des *screw posts* classiques par des innovations techniques révolutionnant la pratique quotidienne :

- Un code couleur sur la tête du *screw post* et la bague du foret permettant un repérage immédiat ;
- Une réglette de calibrage pour une sélection aisée du diamètre, puis de la longueur ;
- Une rainure pour l'évacuation des excès de ciment et une bonne répartition des contraintes dans la zone apicale ;
- Première mondiale, un foret de forme hélicoïdale. Il n'y a ainsi aucune vibration, et le calibrage obtenu est parfait. Cette forme permet aussi une bonne évacuation des débris dentinaires ;
- Un coffret avec une organisation ingénieuse par diamètre ainsi qu'une forme élégante et astucieuse pour une meilleure prise en main et une fermeture totale garantie.

Les i-Posts sont disponibles en :

- Inox de qualité chirurgicale, non corrosif ;
- Titane sablé pour une biocompatibilité garantie et une rétention accrue.

LES PLUS PRODUIT

- **Code couleur**
- **Forets hélicoïdaux**
- **Coffret ergonomique**

ITENA
153, avenue Victor-Hugo
75116 Paris
Tél. : 01 45 91 30 06

ROEKO

Comprecord



DESCRIPTIF

Fil de rétraction texturisé à l'air issu d'une nouvelle technologie.

Comprecord est un fil de rétraction texturisé à l'air, constitué de fibres de polyester et de polyamide.
La nouvelle technologie de texturisation à l'air donne à Comprecord une absorbance exceptionnelle et lui confère une grande flexibilité. Comprecord s'adapte ainsi facilement au sulcus sans s'effilocher.
Les diamètres peuvent être facilement identifiés grâce au code couleur des fils.
Comprecord est disponible en quatre tailles : très fin, fin, moyen et épais.

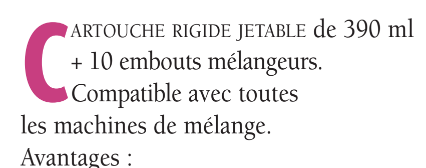
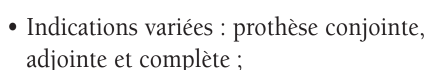
COLTÈNE WHALEDENT FRANCE
19, boulevard Alexandre-Oyon
72058 Le Mans Cedex
Tél. : 02 43 39 30 30

LES PLUS PRODUIT

- **Structure flexible**
- **Absorbance exceptionnelle**
- **Facile à placer dans le sulcus**
- **Ne s'effiloche pas**
- **Code couleur pour une reconnaissance facile des diamètres**

ELSODENT

Total Harmony

DESCRIPTIF

Matériau d'impression monophase, fortement hydrocompatible, à base de vinyle polysiloxane.

Cartouche rigide jetable de 390 ml + 10 embouts mélangeurs. Compatible avec toutes les machines de mélange.
Avantages :

- Consistance médium et thixotrope étudiée : reste en place dans le porte-empreinte, mais devient fluide sous pression (dans la seringue) ;
- Indications variées : prothèse conjointe, adjointe et complète ;
- Stabilité exemplaire de l'empreinte, sans déformation ;
- Excellente hydrocompatibilité : reproduction fidèle des zones sous-gingivales ;
- En présence d'un tirage ou d'une bulle, l'empreinte peut être rebasée avec une silicone basse viscosité, pour éviter de la refaire ;
- Temps de prise total : ~ 5 min.

LES PLUS PRODUIT

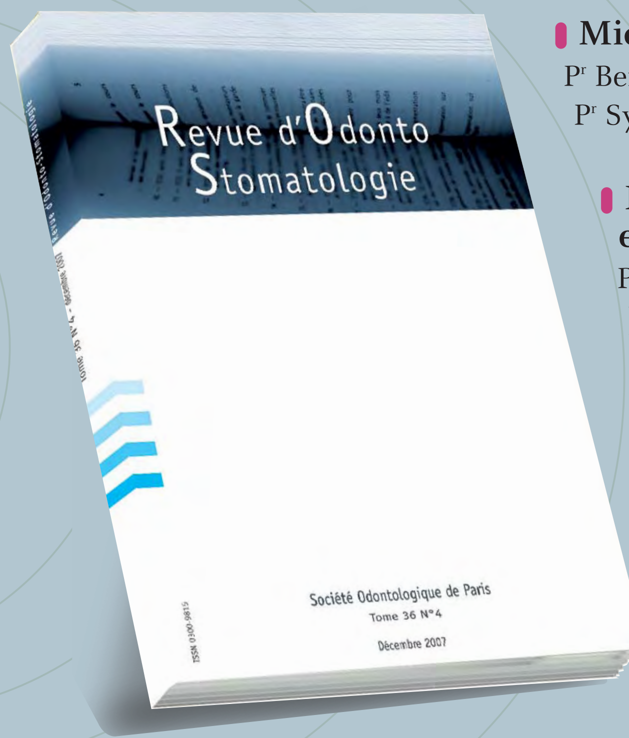
- **Hydrophilie importante**
- **Précision d'empreinte**
- **Thixotropie étudiée**
- **Rebasable**

ELSODENT
35, avenue du Gros-Chêne
BP 50072 – Éragny-sur-Oise
95612 Cergy-Pontoise Cedex
Tél. : 01 30 37 75 75

Des signatures prestigieuses, un numéro exceptionnel de la ROS

ROS NUMÉRO SPÉCIAL CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Tome 36 – N° 4 – Décembre 2007



- **Microchirurgie faciale**
  Pr Bernard Devauchelle
  Pr Sylvie Testelin
- **Les fentes du palais primaire et du palais secondaire**
  Pr Jean-Luc Béziat, Drs Mona Abou Chebel, João Pedro Marcelino, Arnaud Gleizal
- **Reconstruction des pertes de substance de la face**
  Pr Éric Sorrel-Déjerine
- **Chirurgie orthognathique**
  Dr Jean-François Tulasne

PRIX DU NUMÉRO SPÉCIAL 30 €

ÉDITION BILINGUE FRANÇAIS-ANGLAIS
ros@sop.asso.fr

Abonnez-vous à la ROS en 2008 et recevez gratuitement ce numéro spécial

ROS – Adhésion SOP : 2 formules d'abonnement au choix

❑ ABONNEMENT + ADHÉSION À LA SOP 2008 : 88 € (France et UE)

Bulletin à retourner accompagné de votre chèque libellé à l'ordre de la SOP à :
SOP – 6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris

❑ ABONNEMENT À LA ROS : 83 € (France) 121 € (Étranger)

❑ VENTE DU NUMÉRO SPÉCIAL : 30 €

Nom : .... • Prénom : ....
Adresse : ....
Ville : .... • Code Postal : ....
Tél. : .... • Adresse e-mail : ....

Assurances Privées et Professionnelles



MACSF. Un nom difficile à retenir, des assurés faciles à reconnaître.

Un assuré MACSF est un assuré heureux, et cela se voit. D'abord parce qu'il retrouve en nous les valeurs de professionnalisme, d'écoute et d'engagement qui l'animent chaque jour dans l'exercice de son métier. Ensuite parce qu'il sait que nous créons pour lui les produits qui correspondent à ses besoins. Car notre Conseil d'Administration représente les différentes spécialités du monde de la santé. Et c'est ainsi depuis plus de 70 ans.

Pour contacter la Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français :

www.macsf.fr





* 0,10 € maximum la minute depuis un poste fixe FT. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

